



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª edição

Maria Peres Loureiro

**Intoxicações por benzodiazepinas: Efeitos
observados no serviço de urgência**

Viseu, agosto de 2023

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª edição

Maria Peres Loureiro

**Intoxicações por benzodiazepinas: Efeitos observados no serviço
de urgência**

**Relatório elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Opção 9 - Estágio com
Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos**

Orientação:

Professora Doutora Madalena Cunha

Viseu, agosto de 2023

“Não sou aquele que sabe, mas aquele que procura”.

(Hermann Hesse)

Agradecimentos

É com imensa honra que agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, deram o seu contributo para que dia após dia tudo se tornasse mais fácil neste meu percurso formativo. No meu coração ficam vivências inesquecíveis e momentos emocionantes de todo um caminho muito gratificante. A concretização do presente relatório encerra mais um percurso da minha formação. Esta trajetória não teria sido possível sem o apoio, a cooperação e ânimo de muitos. Mas é de elementar justiça destacar algumas pessoas.

Um agradecimento especial à Professora Madalena Cunha, por toda a disponibilidade e orientação e, sobretudo, pela partilha de saberes.

Aos amigos que sempre demonstraram o seu apoio e me deram força e aos meus colegas de trabalho que se mostraram sempre disponíveis, auxiliando na gestão da minha vida profissional e académica. Grata aos meus companheiros de mestrado, pelos momentos de alegria e amizade.

Grata aos meus familiares família, pois são a minha força de viver, agradeço-lhes toda a dedicação e todos os valores que me transmitiram! Foram tantos os momentos em que abdicámos de estar juntos, mas lembrei-me sempre do vosso sorriso, carinho e alegria com que sempre lutaram.

A todos vós: Muito Obrigada!

Resumo

Introdução: A procura de mais conhecimentos, aquisição e aprimoramento de competências está refletido no presente relatório. Assim, descrevem-se e analisam-se as atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos. Desenvolveu-se também as competências de investigação, traduzindo-se na realização de uma *Scoping Review*.

Objetivos: Descrever o percurso formativo em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos; refletir criticamente acerca das atividades concretizadas para desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; mapear e identificar que efeitos apresentam as pessoas com intoxicação por benzodiazepinas no serviço de urgência.

Metodologia: Descritiva, crítico-reflexiva, contendo uma *Scoping Review*, no sentido de mapear e identificar que efeitos apresentam as pessoas com intoxicação por benzodiazepinas no serviço de urgência, com recurso à metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada, em português e inglês, nas plataformas eletrónicas PubMed, CINAHL complete, Cochrane Review via EBSCOhost, LILACS e B-ON, com friso temporal de 2018-2023.

Conclusão: No decorrer da componente teórica do curso, adquiriram-se conhecimentos, aptidões e competências que foram sendo desenvolvidas *in loco*, resultando numa formação avançada. Os seis estudos incluídos na *Scoping review* indicaram os seguintes efeitos apresentados por pessoas com intoxicação por benzodiazepinas no serviço de urgência: pré-hipertensão, hipotensão, acidose respiratória, interferência na temperatura corporal, hipoglicemia, baixo estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow), depressão respiratória (comprometimento das vias áreas), fala arrastada, hiperexcitabilidade, ataxia, miose e taquicardia sinusal leve.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Intoxicação; benzodiazepinas; Serviço de Urgência.

Abstract

Introduction: The demand for more knowledge, acquisition and improvement of skills is reflected in this report. Thus, the activities carried out along the training course in Medical-Surgical Nursing are described and analyzed, namely in the context of Urgency and in the context of Intensive Care. Research skills were also developed, resulting in the carrying out of a Scoping Review.

Objectives: To describe the training course in the context of Emergency and Intensive Care; critically reflect on the activities carried out to develop common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing; to map and identify which effects people with benzodiazepine intoxication have in the emergency department.

Methodology: Descriptive, critical-reflexive, containing a Scoping Review, in order to map and identify what effects people with benzodiazepine intoxication have in the emergency department, using the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. The research was carried out, in Portuguese and English, on the electronic platforms PubMed, CINAHL complete, Cochrane Review via EBSCOhost, LILACS and B-ON, with a time frame of 2018-2023.

Conclusion: During the theoretical component of the course, knowledge, skills and competences were acquired and developed in loco, resulting in advanced training. The six studies included in the Scoping review indicated the following effects experienced by people with benzodiazepine intoxication in the emergency department: prehypertension, hypotension, respiratory acidosis, interference with body temperature, hypoglycemia, low state of consciousness (Glasgow Coma Scale) , respiratory depression (airway impairment), slurred speech, hyperexcitability, ataxia, miosis, and mild sinus tachycardia.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Intoxication; benzodiazepines; Emergency Service.

Introdução.....	19
Parte I – Componente Clínica	23
1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	25
1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	26
1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	28
1.3. Gestão dos cuidados	29
1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	31
2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	33
2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	33
2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	43
2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	44
3. Reflexão final: avaliação das competências	45
Parte II – Componente Investigação.....	47
1. Introdução.....	51
2. Material e métodos	57
3. Resultados.....	61
4. Discussão	65
Conclusão.....	71
Considerações finais	75
Referências bibliográficas	77
ANEXOS.....	78
Anexo 1: Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem	

Lista de quadros, tabelas e figuras

	Pág.
Tabela 1. Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos estudos	58
Quadro 1. Termos de estratégia de pesquisa nas bases de dados	69
Quadro 2. Características e principais resultados dos estudos incluídos	81
Figura 1. Diagrama de fluxo do PRISMA 2020.....	82

Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

Antimicrobianos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BH – Balanço Hídrico

BIS – Índice bispectral

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção geral de saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMCSST – Enfarte Agudo do Miocárdio com supra-desnivelamento ST

EC - Ensino Clínico

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

EEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EMC – Enfermagem Médico – Cirúrgica

ERAS® – *Enhanced Recovery After Surgery*®

ESCID – Escala de comportamento de Indicação da Dor

HIC – Hipertensão Intracraniana

IACS – Infecções adquiridas nos cuidados de saúde

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

ICP - Intervenção coronária percutânea

MCEEMC - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRSA – *Staphylococcus aureus* resistente a metilina

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – organização Mundial de Saúde

PAM – Pressão Arterial Media

PAV – Pneumonia associada a Ventilador

PC – Pressão Controlada

PIA – Pressão Intra Abdominal

PIC – Pressão Intra Craniana

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

PPC – Pressão Perfusão Cerebral

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência a Antimicrobianos

PS – Pressão de Suporte

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – Escala de agitação e sedação de Richmond

SE – Sala de emergência

SNG – Sonda Nasogastrica

SU – Serviço de urgência

TCE – Traumatismo Cranioencefalico

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

TOF – Train of Four

TOT – Tubo Oro Traqueal

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VC – Volume Controlado

VM – Ventilação Mecânica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

Introdução

A realização do presente trabalho surge inserida na Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª edição da Escola Superior de Saúde de Viseu. Os ensinamentos clínicos (EC) realizaram-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) e num Serviço de Urgência (SU), ambos num Centro Hospitalar da região centro do país.

O ensino clínico (EC) é fundamental no processo formativo dos enfermeiros, pois corresponde à formação prática, que complementa e concretiza a teoria, permite aos estudantes desenvolver competências com base na ação, integrando a ciência e a arte do cuidar como um todo (Silva & Silva, 2004). Também a reflexão é de extrema importância no processo formativo, pois permite a evolução e ajuda a determinar como agir, como compreender os problemas ou como encontrar novas soluções no futuro (Alarcão, 1996). Assim, estes EC assumiram-se de elevado potencial para o desenvolvimento de competências especializadas enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

Ao longo dos EC desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista, que são partilhadas por todos os que detêm esse título, independentemente da sua área de especialidade, englobando quatro domínios de competências (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, OE, 2019, p. 4745), “a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)”, bem como as competências específicas do EEEMC que englobam três domínios de competências (Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação, n.º 429/2018, Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19359), nomeadamente:

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

Neste relatório apresento os objetivos e as atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo, numa articulação dos conteúdos lecionados nas unidades curriculares com a componente prática, adotando, para tal, uma postura crítica e reflexiva, no sentido de potenciar o desenvolvimento de competências especializadas e de lhes dar consistência. Por forma a dar força e consistência à reflexão realizada ao longo deste relatório serão

apresentadas referências bibliográficas, as estratégias de aprendizagem e ferramentas que se adequem e que sejam consideradas como mais-valias para demonstrar a consecução dos objetivos que tinham sido propostos para cada EC, numa perspetiva de construção da minha identidade enquanto futura EEEMC.

Como forma de contribuir para a investigação em enfermagem, optei por realizar uma *Scoping Review* com o objetivo de mapear e identificar os efeitos das intoxicações por benzodiazepinas no SU, tendo em conta que o problema das intoxicações tem vindo a crescer de forma exponencial tornando-se num importante problema de saúde pública (Almeida, 2021) e porque esta é uma temática pouco explorada a nível nacional. Em decorrência da variedade de substâncias que exercem ações tóxicas no ser humano, optou-se por estudar as intoxicações por benzodiazepinas da pessoa admitida no SU e, com base nos resultados obtidos. Nesta área, refere-se que o primeiro estudo português realizado para verificar o perfil dos clientes vítimas de intoxicações no SU é de autoria de Cardoso (2011), no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, tendo sido avaliadas as intoxicações decorrentes em 2010, com inclusão de 331 episódios de urgência, com clientes a possuir uma média de idade de 40,32 (\pm 15,06) anos, com cerca de 3/4 do sexo masculino. Quanto à etiologia das intoxicações registadas, 87,61% foram voluntárias, 9,97% acidentais e 2,11% ocupacionais. As evidências do estudo mostram que 93,45% das intoxicações voluntárias tiveram ideação suicida ou intenção autoagressiva. Nestes casos, identificaram-se como fármacos mais prevalentes os agentes tóxicos (64,95%) e os pesticidas (10,57%). As principais classes farmacológicas subjacentes às intoxicações estudadas foram os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (66,14%), inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e/ou inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN) (20,47%) e os antipsicóticos (17,32%). Nestes casos, 74% dos clientes tiveram alta após tratamento, 25% foram internados e 3,27% abandonaram o hospital, com registo de óbito de dois clientes, durante o episódio. O tempo médio de permanência dos intoxicados foi de 08:50 (\pm 07:38) horas, um parâmetro que só foi possível avaliar para 144 dos casos. Ainda que sejam poucos os estudos publicados em Portugal, o Centro de informação antivenenos (CIAV), anualmente, divulga alguns dados sobre intoxicações decorrentes no território nacional. Em conformidade com dados fornecidos no decorrer de 2020 foram recebidas um total de 26.995 chamadas, das quais 5.559 se verificaram na região centro do país.

Este relatório estrutura-se em duas partes, constando da primeira o Relatório dos Estágios, tratando-se de uma síntese crítica e reflexiva de cada um dos percursos formativos de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista. Na sua organização tem-se por base as competências comuns e específicas do EEEMC, fazendo-se uma

descrição crítico-reflexiva e baseada na evidência científica das atividades que foram desenvolvidas, demonstrando o contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional. Na segunda parte apresenta-se o estudo de investigação, no caso, uma *Scoping Review* com o objetivo de se mapear e identificar os efeitos das intoxicações por benzodiazepinas no SU. O Relatório termina com as considerações finais das duas componentes que o constituem.

Para a sua elaboração, organização e apresentação utilizou-se o Guia Orientador de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Viseu (2023), seguindo-se as normas APA, 7ª edição, de 2020, para a redação das referências bibliográficas.

Parte I – Componente Clínica

Descrição das competências adquiridas nos ensinamentos clínicos, em contexto de cuidados Intensivos e em contexto de Urgência

1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A definição de “competências” é complexa, com várias dimensões ancoradas em diferentes quadros conceituais que orientam a sua descrição e posteriormente se desenvolve. As competências constroem-se na vida sociocultural e nas situações relacionais com a vida profissional, desde a identificação do conhecimento pertinente e a mobilização de recursos, configurada numa postura ativa face aos desafios ou problemas que vão surgindo no quotidiano. Como tal, a noção de competência é polissémica, evoca uma ampla gama de conhecimentos, habilidades e muitos outros recursos pessoais que se colocam em prática, perante as situações. As competências passaram a ser entendidas como um recurso e ferramentas que qualificam a pessoa para trabalhar com propósito e confiança em contextos técnicos e complexos, permitindo fazer opções éticas, conscientes e transformadoras (Carneiro, 2014).

Conforme sugerido por Le Boterf (2000), as situações de trabalho são *locus* privilegiados para desenvolver competências com base em contextos que envolvem práticas e operações propositais, dando origem a atividades consistentes e favoráveis para a construção de uma identidade profissional que responda às exigências das situações concretas individuais e coletivas. Na mesma linha, deve considerar-se o importante papel atribuído às experiências laborais e estágios. Um requisito importante da competência, no seu processo de construção, é reunir o conhecimento, aprofundar e sistematizar, resultante da experiência pessoal. A OE, no seu Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019, Artigo 2.º, p. 4745), define as competências especializadas como as que procedem do “aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais”, abrangendo as “competências comuns e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade”. Deste modo, refere as “Competências comuns” como as que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”; referindo-se às “competências específicas” como aquelas de resultam das “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, p. 4745). Assim, o enfermeiro especialista consiste num profissional que revela “a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a

dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2019, p. 4748).

A atribuição do título de enfermeiro especialista prevê, para além das competências declaradas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que o enfermeiro partilhe competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde...” (Artigo 9.º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019, p. 4744), nomeadamente: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

Por sua vez, as competências específicas do enfermeiro EEEMC, são as seguintes:

a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

Por conseguinte, nesta parte do relatório começa-se por fazer uma descrição sumária dos contextos clínicos onde decorreram os estágios, seguindo-se a descrição das atividades desenvolvidas em todo o processo formativo, tem por base as competências comuns e específicas do EEEMC, sempre acompanhadas de uma descrição crítico-reflexiva reflexiva, recorrendo-se igualmente às evidências científicas. É, deste modo, uma súmula demonstrativa do desenvolvimento das competências comuns e específicas, que se ancoram num julgamento clínico especializado.

1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De forma a desenvolver uma prática profissional, ética e legal na UCIP e SU, procurei conhecer a estrutura física de ambos os locais, integrar-me na equipa multidisciplinar, conhecer o circuito da pessoa e consultar os documentos existentes. Tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) e seus familiares em todas as valências do locais onde decorreram os EC, o que demonstrou ser um fator facilitador para a minha integração na equipa multidisciplinar e para uma melhor compreensão dos circuitos da PSC. Em todas as áreas de cuidados por onde passei procurei alicerçar a minha prática com base nos mais recentes conhecimentos técnico-

científicos e nos documentos reguladores da profissão, adotando uma atitude assertiva, responsável e dedicada, demonstrando iniciativa e interesse perante as inúmeras oportunidades de aprendizagem e de melhoria que este EC me proporcionou. Relativamente aos documentos consultados, a leitura dos mesmos demonstrou ser um mais valia para este EC. No desenvolvimento de competências especializadas na área das práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e a responsabilidade profissional, são garantidos os direitos e deveres dos utentes presentes na Lei n.º 15/2014 da Assembleia da República (2014).

Procurei sempre, na medida do possível e em concordância com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2015), obter o consentimento informado, esclarecido e livre antes da realização de qualquer procedimento, assim como respeitar a privacidade e a intimidade das pessoas de quem cuidei. A título exemplificativo, no SU, para o efeito, recorri a biombos, cortinas ou até à mobilização de macas, por forma a proporcionar a maior privacidade possível, especialmente aquando da prestação de cuidados que implicassem exposição corporal. Contudo, foi um trabalho árduo, desgastante e, por vezes inglório, devido à referida sobrelotação e da qual resulta a presença assídua de pessoas e macas em número excessivo nas diversas áreas do SU e nas áreas de acesso, incluindo corredores. Como principal fator para a sobrelotação do SU os profissionais apontaram a vinda indevida das pessoas ao SU, comprometendo a capacidade resposta, algo que vai de encontro ao estudo realizado por Silva (2019) e que associa a essa causa a crença, por parte das pessoas, de que o SU lhes oferece cuidados mais alargados, como a realização de exames imediatos.

A multidisciplinaridade da atividade exercida na UCIP e a prestação de cuidados de saúde à PSC tem que ser vista de uma forma integrada e integradora, uma vez que o centro de toda a atividade desenvolvida é a pessoa cuidada, que tem que ser encarada de forma holística e não dividida em partes. Em suma, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica “são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida...” (OE, 2018, p. 19362).

As orientações recebidas no EC em UCIP constituíram-se como indicações relevantes para o desempenho de intervenções de enfermagem especializadas em EMC, para que, assim, pudesse, ao longo EC, desenvolver competências. Compreendi a dinâmica e o método de trabalho da equipa na Unidade, o método individual de trabalho. De acordo com Costa (2004), o método individual de trabalho baseia-se no conceito de cuidado global e implica a distribuição de um enfermeiro a um único doente ou a mais do que um, se a

“carga de trabalho” o permitir. Este método de trabalho consiste na distribuição de doentes a cada enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes que lhe foram atribuídos, durante o turno de trabalho. Desenvolvi uma relação profissional com a equipa multidisciplinar, tendo cumprido os horários de serviço com assiduidade e pontualidade e adotei uma postura correta e responsável, favorecendo um clima de confiança no seio da equipa.

1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Para uma melhoria contínua da qualidade várias são as atitudes e comportamentos para os quais devemos estar despertos desde a correta identificação da PSC, melhoria da comunicação efetiva, identificação dos medicamentos e a redução do risco de lesões. Assim, na UCIP, o processo clínico da PSC encontra-se informatizado e toda a informação, como, por exemplo, alergias que esta tenha pode ser consultada. Segundo Queiroz et al. (2017, p. 159) a informática na enfermagem oferece melhoria na qualidade da assistência prestada, resultando no desenvolvimento da produtividade, na redução de custos e na diminuição da carga burocrática do enfermeiro. No meu ponto de vista, as mudanças tecnológicas são imprescindíveis para a monitorização da qualidade dos cuidados prestados. Estas permitem gerar indicadores de qualidade e quantidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que será cada vez mais essencial para o sucesso, credibilização e valorização da nossa profissão.

Por forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro, considero essencial a consciencialização de que os acidentes laborais podem ocorrer, especialmente quando falamos de um ambiente caracterizado como tenso e de *fast pacing*, como é o ambiente de SU. Perante esta constatação, é importante a adoção de medidas preventivas que ajudem a minimizar o risco de acidentes laborais e que vão de encontro com o legislado no Decreto-Lei n.º 121/2013 referente à disponibilização de “equipamentos de trabalho que incorporem mecanismos de proteção concebidos para o uso dos mesmos” (Ministério da Saúde, 2013, p. 5054), como tive a oportunidade de verificar nos EC. No caso do SU, a elevada afluência de pessoas, num ambiente tenso e altamente rotativo, com elevados níveis de ruído, onde as pessoas se encontram maioritariamente debilitadas e sem acompanhantes, carece de uma equipa multidisciplinar altamente competente, de forma a manter um ambiente seguro e a minimizar a ocorrência de erros. Neste sentido, e de acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro), este SU tem implementada a identificação inequívoca dos doentes, recorrendo à identificação por pulseira e no caso de a pessoa apresentar risco de queda no momento da triagem ou no

caso do estado clínico o justificar a pessoa é deitada em maca e procede-se, ainda, à identificação desta em SClínico®. Este plano tem por objetivo *major* eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde, possibilitando evitar danos ou mesmo travar a mortalidade dos doentes, na sequência de cuidados de saúde inseguros. Ao todo, o mesmo contempla cinco pilares e 14 objetivos estratégicos, sendo os seus pilares: 1- Cultura de segurança, 2- Liderança e governança, 3- Comunicação, 4- Prevenção e gestão de incidentes de segurança do Doente, 5- Práticas seguras em ambientes seguros.

Relativamente à prevenção da ocorrência de úlceras de pressão e à prevenção da ocorrência de quedas, esses riscos são avaliados, respetivamente, através das escalas de Braden e Morse e devidamente registadas em SClínico®, sendo levantadas, quando necessário, intervenções que visem a resolução das situações identificadas. Constatei que existe a preocupação geral por parte dos enfermeiros de identificar precocemente o risco de úlcera por pressão, sendo inclusivamente realizadas intervenções nesse sentido, como o posicionamento das pessoas mais debilitadas, realização de massagem de conforto com aplicação de creme hidratante e aplicação de dispositivos de proteção.

No que diz respeito à comunicação segura, neste EC propus-me a utilizar a ferramenta *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation* (ISBAR), uma vez que, segundo a Norma n.º 001/2017, esta “é reconhecida por promover a segurança do doente em situação de transição de cuidados” (DGS, 2017, p. 4), quer entre enfermeiros, quer na comunicação destes com a equipa médica (Meedter et al., 2013). Esta é uma ferramenta com a qual já me encontro familiarizada, uma vez que a utilizo no meu local de trabalho, considerando-a como uma valiosa, sistemática e estruturada forma de transmissão de informação na Sala de Emergência (SE) e na Unidade de Cuidados Médicos Intermédios (UCIM). Todavia, a sua aplicação nas outras áreas do SU, onde a rotatividade é enorme, demonstrou ser mais difícil, tendo evidenciado algumas dificuldades na sua aplicação, nomeadamente na transmissão do *Background* e da *Recommendation*.

1.3. Gestão dos cuidados

De forma a desenvolver competências especializadas na área da gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a sua articulação na equipa de saúde, pude constatar que em cada área do SU existe um enfermeiro responsável, preferencialmente Enfermeiro Especialista ou enfermeiro perito, com base na sua formação académica e experiência profissional e que gere a respetiva área em articulação com o enfermeiro coordenador. Relativamente ao último, em concordância com o Regulamento n.º

743/2019, os enfermeiros designados como coordenadores devem ser preferencialmente EEMC (OE, 2019b), devendo o mesmo ser um “líder no conhecimento, nas capacidades centradas no core da disciplina, da cultura organizacional e do serviço/unidade de cuidados, de modo a antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações, promover respostas adequadas e seguras” (OE, 2017, p. 2). Ao mesmo compete verificar e publicar a distribuição dos enfermeiros para o dia seguinte, bem como proceder a ajustes da mesma sempre que se justifique, por motivos de trocas ou faltas, devendo, para isso, considerar aspetos como a formação e experiência dos elementos, equidade relativamente à exigência dos diferentes Postos de Trabalho, questões de doença ou limitações físicas.

Ao enfermeiro coordenador competem, ainda, a gestão dos recursos humanos no decorrer do turno, devido a constrangimentos de pessoal ou a áreas sobrelotadas; gestão de material emprestado a outros serviços/unidades, reposição de *stocks* de medicação e estupefacientes, contagem e distribuição de material esterilizado, reporte de material inoperacional e em falta; gestão e operacionalização dos pedidos de transportes, ativando a respetiva equipa; envio de alcoolémias para o Instituto de Medicina Legal; gestão de conflitos; registo e entrega de espólios; e coordenação, em conjunto com o responsável da SE, para que a equipa se encontre preparada para ativações realizadas.

Em contexto da UCIP, executei sempre a avaliação inicial da PSC nas primeiras 24h após a sua entrada na Unidade, com elaboração do plano de cuidados aquando do seu acolhimento, o qual era atualizado a cada turno e sempre que necessário, no sentido de: promover a continuidade dos cuidados; produzir documentação dos cuidados; possibilitar a avaliação do cuidado; facilitar a investigação sobre os cuidados; otimizar a gestão dos serviços; assegurar um registo completo e adequado a todos os doentes internados na UCIP. O planeamento, a otimização e a avaliação dos cuidados de enfermagem à PSC foram atividades realizadas com a adoção de medidas de intervenção autónomas e interdependentes de acordo com os problemas identificados.

Considero que, ao longo deste percurso formativo, consegui adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos, visando a garantia da qualidade dos cuidados, para o desenvolvimento de competências nesta área, tendo em conta os projetos existentes para a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Neste contexto, procurei perceber a importância do EEEMC no diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem, entendendo-o como o elemento que apresenta maior capacidade para as identificar, por meio de ferramentas, conhecimentos e competências que detém. Assim, procurei ter uma atitude crítica e reflexiva sobre todos os aspetos que considerei pertinentes e sobre os que me foram propostos pelos Enfermeiros Tutores, gerando momentos de partilha, reflexão conjunta, pesquisa e de crescimento.

1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Sendo um objetivo acadêmico, a elaboração de um trabalho que suprisse alguma necessidade do serviço, e após uma conversa informal com a minha orientadora, foi sugerido por ela que desse início à elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem Centro Hospitalar “Recolha e não contaminação de vestígios forenses serviço de urgência geral do CHBV”. Este projeto surgiu no seguimento da continuidade de um procedimento (que se encontra para aprovação do Conselho de Administração) já inicialmente elaborado pelas duas Enfermeiras. Este projeto foi elaborado em equipa com o meu colega de EC Enfermeiro e encontra-se no anexo I.

Em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021, p. 5), a Enfermagem Forense consiste

“na área de exercício profissional que assenta na resposta aos problemas de saúde decorrentes dos processos de vida da pessoa, família e comunidade envolvidas em cenários de violência, traumatologia forense e/ou desastre de massa, ao longo do ciclo de vida, acrescentando à prática clínica reparadora, o índice de suspeita de lesões sugestivas de trauma não acidental e a salvaguarda de vestígios com relevância criminal, fundindo a Enfermagem com as Ciências Forenses, articulando o processo científico de Enfermagem com o sistema legal, contribuindo para a concertação social e cultura de não violência”.

Os enfermeiros do SU têm-se assumido cada vez mais como figuras chave no processo de recolha, preservação e armazenamento de vestígios. Por serem os profissionais de saúde que acompanham o doente desde a abordagem inicial até ao momento da alta do SU, encontram-se numa posição privilegiada no que diz respeito ao acesso a vestígios. Embora a prioridade seja sempre a assistência à vítima, pois a vida sobrepõe-se a qualquer procedimento forense, é preciso ter a noção de que é possível desenvolver esforços para que sejam conservados vestígios. Para que isso aconteça é necessário que os enfermeiros tenham noção de que podem e devem ter um papel preponderante a este nível, fazendo a diferença na investigação de um possível crime. Desde logo, considerando a premissa de que todos os doentes vítimas de trauma podem ser casos forenses, tendo sempre presente o índice de suspeita. Depois, tendo conhecimento de como devem proceder para recolher e preservar os vestígios (Gomes, 2022)

Num estudo realizado por Ribeiro et al. (2021) foi constatado que a grande maioria dos enfermeiros reconheceu que possui poucos ou mesmo muito poucos conhecimentos acerca da forma correta de recolha e preservação de vestígios forenses. Da mesma forma,

em algumas situações apesar dos enfermeiros demonstrarem conhecimentos acerca de um procedimento, não o executam em conformidade, podendo tal estar relacionado com a relatada falta de protocolos que delineiem ações ou mesmo pela falta de recursos materiais, como *kits* de colheita ou formulários de registo. Os enfermeiros que exercem no SU devem estar preparados para o reconhecimento, recolha, armazenamento e preservação de todos os vestígios físicos relacionados com lesões ou crimes, pois as falhas nesses processos podem comprometer qualquer análise pericial (Musse et al., 2020). A Enfermagem Forense tem vindo progressivamente a adquirir mais reconhecimento, contudo, necessita ainda de uma maior divulgação e formação dos profissionais de saúde nesta área, no caso concreto os Enfermeiros do serviço de urgência, para que possam cooperar de forma eficaz na investigação médico-legal, concretizando de forma efetiva o processo de identificação de casos de violência, a recolha e preservação de vestígios forenses (Coelho et al., 2016).

Num SU, a equipa deve estar preparada para qualquer eventualidade. Sendo um serviço peculiar, as suas equipas devem ser detentoras de uma grande resiliência e capacidade de adaptação a diversas situações, sendo que muitas delas são geradoras de muito stresse emocional. O que difere de um qualquer serviço de internamento pela imprevisibilidade do tipo de doentes e do motivo que os traz ao SU. Com os horários por turnos os elementos da equipa podem passar meses sem terem contacto com determinados doentes e atuações, assim, a formação em o treino regular para desenvolvimento técnico/científico, bem como a uniformização da linguagem e de atuação, é essencial. Durante o meu período de estágio no SU, tive oportunidade de assistir a três momentos de momentos de formação subordinados aos temas TCE, lesão renal aguda no SU, infeções do trato urinário, manutenção da coluna de aspiração, crise hipertensiva no SU, o que muito contribuiu para o desenvolvimento das minhas aprendizagens individuais.

2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

As competências específicas são definidas pela OE (2019) como aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. No que respeita à área da pessoa em situação crítica a OE (2018) define os cuidados de enfermagem como cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Desta forma, as competências específicas do EEEMC são:

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

2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

As experiências facultadas no meu percurso formativo permitiram-me adquirir competências técnicas/científicas/relacionais no acolhimento e prestação de cuidados à PSC/família/cuidador. Possibilitaram-me um enriquecimento significativo ao nível da capacidade de raciocínio e definição de prioridades na abordagem à pessoa cuidada. Neste sentido aperfeiçoei o meu desempenho nas vertentes técnicas, científicas e relacionais, ao nível das diferentes fases do processo que constitui o percurso da PSC. Assim, tive a oportunidade de acomodar a PSC na UCIP de acordo com a patologia e necessidades, executando a avaliação inicial das suas necessidades com registos de enfermagem. Sempre procurei esclarecer as dúvidas e anseios das pessoas cuidadas, recorrendo a relação empática, gerindo “a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu

estado de saúde”, sendo também desenvolvidas competências dentro da unidade (OE, 2018, p. 19363). Partindo do pressuposto que a comunicação terapêutica assenta num conjunto de intervenções que são efetuadas de forma autónoma, com um potencial terapêutico no processo de recuperação da PCS. A comunicação é um elemento central na nossa prática profissional, sendo a relação entre enfermeiro/doente/família/cuidador afirmada através da comunicação, facultando um cuidado holístico e centrado na pessoa e no respeito pela sua singularidade. Para além dos cuidados terem sido realizados a nível físico, estes também se centraram na relação com a PSC, o que se assumiu como fundamental para que pudesse conhecer as suas necessidades, os seus receios, esperanças e desejos, a fim de obter uma relação terapêutica que me permitisse promover as suas capacidades. Neste sentido, estabeleci uma comunicação/relação assertiva com a pessoa cuidada, utilizando uma linguagem assertiva e funcional na abordagem realizada.

Tive a oportunidade de cuidar de uma pessoa com COVID-19 pronada. As evidências científicas mostram que, em casos graves de COVID-19, “há uma tempestade de citocinas caracterizada por estado hiperinflamatório, edema intersticial, insuficiência respiratória hipoxémica, comprometimento da perfusão pulmonar e falência de múltiplos órgãos” (Cunha et al., 2022, p. 1). De acordo com os mesmos autores, uma grande parte das pessoas com COVID-19 apresenta défice na relação ventilação-perfusão idêntica à síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA) moderada a grave, todavia com padrão patológico atípico e heterogéneo. “A SDRA por COVID-19 apresenta um espectro de fenótipos clínicos que variam em graus de infiltração pulmonar, lesão trombotica concomitante e recrutamento e complacência pulmonares; portanto, uma mecânica respiratória heterogénea” (Cunha et al., 2022, p. 1). Por conseguinte, estes doentes revelam mais ou menos propensão a “responder à pronação, e subgrupos tendem a apresentar comportamentos diferentes e mortalidade elevada”, sendo pronação recomendada como terapia de resgate pela Organização Mundial de Saúde e pela *Surviving Sepsis Campaign* na hipoxemia refratária resultante da SDRA por COVID-19. Os principais efeitos da pronação são a melhoria da “complacência da parede torácica, uniformidade do gradiente de pressão pleural, recrutamento das regiões dorsais e alterações na distribuição das unidades alveolares” (Cunha et al., 2022, pp. 1-2).

De igual modo, tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas em hemodiálise técnica contínua. Devido à tipologia de PSC em UCIP, o tratamento da insuficiência renal aguda (IRA) é uma realidade constante. O desenvolvimento de técnicas dialíticas contínuas representa um grande avanço no tratamento dos doentes, pois permitem uma maior estabilidade hemodinâmica. Estas permitem uma remoção rápida de fluidos isotónicos sem provocar hipotensão, o controlo rápido e mantido da azotémia (Almeida et al., 2020). As

técnicas dialíticas contínuas podem utilizar três mecanismos básicos: Difusão; Convecção; Ultrafiltração. As técnicas dialíticas contínuas podem ser divididas em arteriovenosas e venovenosas. As suas principais indicações são:

- Doentes com insuficiência renal aguda, insuficiência renal crónica agudizada, insuficiência renal crónica com outra patologia;
- Hipercaliémia, hipercalcémia grave, hiponatrémia;
- Excesso de líquidos corporais;
- Acidose metabólica grave;
- Intoxicação por drogas;
- Hiperuricémia grave;
- Doentes em sepsis para a remoção de mediadores humorais em circulação (Almeida et al, 2020).

Para reduzir a ativação da cascata da coagulação, pode-se utilizar anticoagulação durante as técnicas dialíticas contínuas. A anticoagulação vai reduzir a formação de coágulos no filtro e aumentar o tempo de vida dos filtros. Entre as mais utilizadas temos a heparina e o citrato regional. Em doentes que tiveram uma cirurgia recente, trombocitopenia, insuficiência hepática, sépsis e imunossupressão pode-se utilizar as técnicas sem anticoagulação (Albarran & Saraiva, 2012).

Todos os tipos de tratamento substitutivo da função renal são baseados no processo de diálise. Os métodos dialíticos dividem-se em métodos intermitentes e contínuos, compreendendo os primeiros a diálise peritoneal intermitente, hemodiálise intermitente e hemofiltração intermitente; os métodos contínuos incluem: diálise peritoneal ambulatoria contínua, ultrafiltração contínua lenta, hemofiltração arteriovenosa/veno-venosa contínua, hemodiálise artério-venosa ou veno-venosa contínua e hemodiafiltração artério-venosa ou veno-venosa contínua. A opção pela modalidade depende de múltiplos fatores, como a disponibilidade, os custos, a experiência dos profissionais de saúde, a estabilidade hemodinâmica e os motivos que levaram à iniciação da técnica dialítica. Assim, prestar cuidados à pessoa com insuficiência renal crónica implica o desenvolvimento de competências na realização das técnicas de substituição renal e acompanhamento da PSC e seus familiares.

Outo momento de aprendizagem consistiu na colaboração de cuidados à pessoa com gripe A, uma patologia frequente, provocada por vírus, os vírus da gripe. Esta é denominada de “gripe A”, uma vez que é causada por um vírus do tipo A, do qual existem vários subtipos, pelo que a denominação, em geral, de acordo com a Direção-Geral da Saúde, deve ser de Síndrome gripal ou gripe sazonal.

Prestei cuidados pessoas com cânulas de traqueostomia supraglóticas. A prestação de cuidados quer em pessoas com patologia e equipamentos com os quais já lido no meu dia-a-dia, quer a PSC que apresentavam diferenças, foi realizada de forma individual, fundamentada por uma avaliação inicial rápida baseada essencialmente em evidências fisiológicas e queixas das mesmas. Estabelecem-se prioridades com o intuito de identificar e tratar o compromisso de funções vitais ou lesões que podem colocar em risco imediato a vida do doente. Esta é realizada através da avaliação primária sistematizada ABCDE (DGS, 2010): A (*Airway*) - Via aérea (com controlo da coluna cervical em situações de trauma); B (*Breathing*) – Respiração e ventilação; C (*Circulation*) – Circulação (com controlo de hemorragia externa, se presente); D (*Disability*) – Disfunção Neurologia; E (*Exposure*) – Exposição a fatores externos evitando a hipotermia.

Na UCIP é utilizado o sistema informático “B-Simple®”, que ainda a não tinha utilizado, de maneira que me fui adaptando ao mesmo fazendo os registos clínicos da PSC. Com o passar do tempo fui conseguindo ultrapassar esta dificuldade, e sendo mais rápida nos meus registos. Este sistema permite-nos ter uma visão global da PSC, desde a terapêutica prescrita, os horários e as intervenções a realizar em cada turno. Na minha opinião, contribui muito para uma redução de erros. Também na prática clínica cumpro os protocolos do serviço, nomeadamente protocolos de administração de insulino terapia, administração e desmame de sedação e analgesia, controlo e vigilância da administração de alimentação entérica em perfusão contínua bem como os protocolos elaborados pela comissão de controlo de infeção hospitalar. Estes protocolos são uma excelente ferramenta na uniformização e na segurança dos cuidados prestados. Os *softwares* informáticos e ferramentas de trabalho *online/offline*, além de ferramentas fundamentais, revestem-se de fundamental importância e permitem gerar indicadores de qualidade e quantidade sensíveis aos cuidados de enfermagem cujos, serão cada vez mais essenciais para o sucesso, credibilização e valorização da profissão de Enfermagem.

A comunicação efetiva é também muito importante nomeadamente uma passagem de turno ineficaz pode ter aspetos negativos nos resultados do doente. O fornecimento de uma estrutura de transferência de informações que incorpora recursos-chave e informações essenciais tem o potencial de melhorar a eficiência dos cuidados prestados, permitindo padrões de qualidade elevados e seguros nos cuidados de enfermagem Na UCIP. Esta passagem diz respeito a um momento em que é importante manter a privacidade/confidencialidade do doente e é um momento crucial para a continuidade dos cuidados com qualidade.

Atuei sempre tendo em conta a criação e manutenção de um ambiente seguro e terapêutico para a PSC, respeitando as suas necessidades e gerindo o risco; definindo

metas/medidas para a melhoria da qualidade dos cuidados; garantia da segurança na administração de terapêutica; garantia da confidencialidade dos dados e registos do doente; observação e participação nas atividades de gestão dos recursos humanos e materiais desenvolvidas pelo enfermeiro coordenador, de forma a contribuir para uma maior rentabilização dos mesmos na área da prestação de cuidados; identificação das necessidades de material no serviço e da sua adequada reposição; colaboração com o enfermeiro coordenador na realização de tarefas a seu cargo.

A reflexão acerca das situações vivenciadas permitiu-me um ajuste no processo cuidativo e uma atenção privilegiada face à PSC/família/cuidador, bem como a presença de maior proximidade nas intervenções de enfermagem, assim como uma maior observação e vigilância, com o intuito de prevenir/antecipar possíveis eventos adversos, como a retirada dos dispositivos terapêuticos.

A avaliação da dor é tida como um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados, esta avaliação da dor pode ser feita através de várias escalas: Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica; Escala de Expressões Faciais; Escala Qualitativa. No entanto em doentes com ventilação invasiva e sedados que são incapazes de autoavaliar a sua dor, a escala *Behavioural Pain Scale* (BPS), que inclui 3 itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória), é uma das escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico (Teixeira & Durão, 2016). Durante a minha prestação de cuidados avalei a dor e procurei utilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da mesma. Neste serviço é notória a preocupação em manter uma apertada vigilância da integridade da pele, permitindo, assim, evitar o aparecimento de úlceras de pressão. Avalia-se diariamente a Escala de *Braden* a todos os doentes, permite monitorizar o risco de alteração da integridade da pele através da perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção.

Na UCI era utilizado *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), na versão atual TISS 28, que permitia avaliar a gravidade do doente de acordo com a complexidade e o grau de invasividade das intervenções, bem como o tempo despendido pelos enfermeiros para a realização de determinados procedimentos (Gonçalves et al., 2006). Mais recentemente foram compreendidos os índices de gravidade de base fisiológica e as atividades de enfermagem não contempladas anteriormente, nomeadamente a higiene, o suporte e os cuidados aos familiares/doentes, o que foi reestruturado no *Nursing Activities Score* (NAS), que é “amplamente utilizado e recomendado à mensuração da carga de trabalho da enfermagem intensivista, além de mediar o próprio dimensionamento de pessoal” (Borges et al, 2017, s.p.). Estas estratégias permitiam ao enfermeiro com funções de coordenação, almejar o cálculo da dotação de enfermeiros para a UCIP.

De forma a desenvolver competências na área da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, procurei inteirar-me sobre o funcionamento, orgânica, recursos materiais e humanos da SE. “A sala de emergência constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo por isso uma área fundamental para a mais correta abordagem do doente emergente, grave e crítico” (ACCS, 2019, p. 7). De acordo com o Parecer n.º 14/2018, refere que o “enfermeiro especialista em enfermagem MC é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação” (OE, 2018, p. 2).

A admissão na Sala de Emergência pode ser efetuada a partir da pré-triagem pela apresentação de situações emergentes ou pela transferência da pessoa, de outras áreas do SU, caso tenha sofrido uma degradação do estado clínico, apresentando sinais de gravidade. Na minha experiência na SE, as principais causas de admissão relacionaram-se com dispneia, alterações do estado de consciência e dor torácica. Na prestação de cuidados à PSC na Sala de Emergência recorri sempre à abordagem ABCDE, demonstrando ser uma abordagem estruturada e sistematizada, essencial para priorizar a ação e detetar precocemente sinais de instabilidade. Relativamente a esta abordagem, considero que o seu domínio apenas no plano teórico é muito limitado, sendo de extrema importância o treino do enfermeiro neste sistema de observação. Ainda, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica tive a oportunidade de prestar cuidados à PSC em contexto de choque séptico, ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

No desenvolvimento da competência de garantir a administração de processos complexos, tive a oportunidade de implementar protocolos relacionados com a Via Verde AVC, através da administração de fibrinólise e assistindo a angiografia cerebral; relacionados com a Via Verde coronária, através da administração de antiagregantes plaquetários e assistindo a angiografia coronária; relacionados com os algoritmos de bradicardia, através da administração de simpatomiméticos e acompanhamento à sala de *pacing*; relacionados com protocolos de taquicardia, realizando cardioversão química com antiarrítmicos e assistindo a cardioversões elétricas; participação em intubação endotraqueal, através da administração da terapêutica; participação na colocação de cateteres venosos centrais e na colocação de linha arterial.

Acompanhei a enfermeira orientadora no posto de triagem, recorrendo à Triagem de Manchester. Este é um sistema de prioridades que, de acordo com Amaral (2017), atribui uma prioridade clínica com base na identificação de problemas de forma objetiva e sistematizada. Com esta experiência pude constatar que a afluência a este SU, por motivos de prioridade clínica não urgente e pouco urgente é bastante elevada, o que poderia ser

combatido com uma articulação mais eficiente com os cuidados de saúde primários e com implementação de políticas de combate à iliteracia em saúde, devendo todos nós, profissionais de saúde, ser agentes ativos nesse combate.

Relativamente à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, pude constatar que a dor é um dos principais motivos de afluência ao SU, sendo que a avaliação desta, independentemente da escala utilizada, é sempre traduzida, em termos de registo, numa escala numérica. A dor representa um sinal de alarme para a integridade da pessoa essencial para o diagnóstico e monitorização de diversas patologias, contudo não deve ser a causa desnecessária de sofrimento (DGS, 2013). Na gestão da dor é importante que, dentro do exequível, se deva utilizar o método de enfermeiro responsável para que seja possível avaliar, administrar analgesia e reavaliar a eficácia da intervenção, visto que o irrefletido uso do método de trabalho à tarefa pode facilmente resultar numa não reavaliação da dor. A avaliação, registo e tratamento da dor deve ser uma prioridade para os enfermeiros, no caso concreto. O Plano Nacional de Luta Contra a Dor foi publicado em 2001 pela DGS, onde se afirma

“que a dor, independentemente da síndrome clínica que incorpora, pode e deve ser tratada, com perspectivas de êxito proporcionais ao entendimento que dela temos e fazemos, à adequação e preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e ao manejo judicioso de todos os recursos, técnicos e humanos, disponíveis” (DGS, 2001, p. 6).

Em 2011, a DGS criou o Programa Nacional de Controlo da Dor que emanava novos objetivos e estratégias, tendo em conta a experiência obtida com a implementação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2011). Em 2013, produziu o Plano Estratégico Nacional de Prevenção Controlo da Dor (DGS, 2013), o que reflete a importância. O Plano Nacional de Luta Contra a Dor define-a como:

“(…) percepção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo nódico provocatório, mas por vezes na ausência de estímulo. A relação entre a percepção e o estímulo é variável, depende das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo” (DGS, 2013, p. 1).

De acordo com Mota et al. (2020, p. 270), a nível nacional, “mais de 30% dos adultos apresenta dor crónica e a dor aguda assume-se como o principal motivo de admissão hospitalar”. Neste sentido, realizaram um estudo transversal analítico para avaliar as práticas e os fatores intervenientes na gestão da dor pelos enfermeiros num SU. A amostra era constituída por 96 enfermeiros, tendo como instrumento de recolha de dados questões de caracterização socioprofissional, a Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor de Catarina António e o Código Visual da Dor de Grünenthal. Ficou demonstrado que a escala de avaliação da dor mais usada pelos enfermeiros foi a de Avaliação Numérica (88,5%); os enfermeiros com mais experiência no SU (≥ 11 anos)

manifestaram maior déficit de conhecimentos sobre a gestão da dor (37,5%); 53,8% apresentavam bons conhecimentos trabalhava entre 6-10 anos no serviço de urgência ($p=0,021$). Face a estas evidências, os autores consideram que os enfermeiros carecem de aprofundar conhecimento sobre os princípios de avaliação e gestão da dor, sugerindo a constante e direcionada atualização de formação como contributo para uma melhor prática clínica. A gestão inadequada da dor nos SU é um problema mundial, pois, num estudo anterior de Sampson et al. (2019), realizado em três SU no Norte de Inglaterra entre 2014 e 2016, com recurso a um desenho de estudo de casos múltiplos incorporando 143 horas de observação não participativa, análise documental e entrevistas semiestruturadas a 37 enfermeiros e 19 utentes, as evidências demonstram que a gestão da dor não estava bem alinhada com as prioridades centrais do SU e foi negligenciada quando outros trabalhos tiveram prioridade. Os autores identificaram que (1) a gestão da dor não era entendida como uma prioridade organizacional chave pela qual os profissionais de saúde eram responsabilizados e tinham uma consciência limitada do seu desempenho, (2) a gestão da dor não era uma componente central da educação e formação contínua no SU, (3) os processos e estruturas do SU não estavam alinhados com a gestão da dor e a reavaliação da dor era negligenciada, a menos que o enfermeiros aumentassem a gestão da dor fora dos processos normais e (4) os enfermeiros tinham crenças incorporadas que conceptualizavam a gestão da dor como diferente das prioridades centrais e limitavam a sua capacidade de melhorar. No entanto, os SU foram capazes de melhorar a gestão da dor alinhando os processos da sua gestão com outros trabalhos centrais, particularmente o fluxo de utentes (por exemplo, analgesia iniciada por enfermeiras na triagem).

Considero que a aplicação da teoria de Kolcaba (1994) e dos seus conceitos de alívio, tranquilidade e transcendência demonstraram ser vantajosos na prestação de cuidados à pessoa com dor, pois permite perceber quais as expectativas da pessoa relativamente ao processo de dor e olhar para a pessoa para além do sintoma. Para a autora, o conforto é definido, para a enfermagem, como a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades de alívio, facilidade ou transcendência decorrentes de situações de cuidados que são stressantes. Assim, ao longo do EC, tive sempre em conta os seus pressupostos básicos: os seres humanos requerem respostas holísticas aos estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejável, o germen da enfermagem; os seres humanos esforçam-se por encontrar o seu conforto para a realização das suas necessidades básicas. Conforto é um resultado holístico porque designa um estado dinâmico e multifacetado. À medida que o conforto é holístico baseia-se na perceção de todos os aspetos considerados em conjunto ao mesmo tempo, porque os efeitos num têm efeitos de *carry-over* sobre outros aspetos (Kolcaba, 1994, p. 1179). Neste sentido, ao promover conforto à PSC/família, observei que contribuía para a redução de estados de

tensão negativos, conduzindo a comportamentos construtivos, ou seja, o restabelecimento da saúde.

O conforto é um dos objetivos primários da PSC/família e central para a sua experiência e, assim, maximizar o conforto é um dos objetivos universais para os cuidados de saúde, independentemente da área de atuação dos profissionais de saúde. A Teoria do Conforto desenvolvida por Kolcaba tem sido a mais conhecida pela sua sistematização e projeção e a maioria das publicações globais sobre os cuidados de conforto basearam-se nesta teoria. A experiência do conforto é transitória e multidimensional e corporiza mais do que a ausência de dor. É um conceito dinâmico, variável e individualizado, com propriedades inerentes de mudança ao longo de um período de tempo, por exemplo 20 minutos (Boudiab & Kolcaba, 2015). A literatura mostra que o conforto é utilizado de diferentes maneiras, como substantivo, verbo, adjetivo e também como estado, processo e resultado (Pinto et al., 2013). Os estudos sobre a análise do conceito continuam a ser desenvolvidos ainda hoje. Sem uma definição unificada, a sua medida é uma questão que resulta na dificuldade de avaliar as necessidades de conforto e uma limitação dos estudos que testam a eficácia e a eficácia das intervenções de conforto. As evidências mostram que os enfermeiros têm dificuldades em avaliar a pessoa para satisfazer as suas necessidades de conforto, exigindo ferramentas de avaliação de conforto práticas, mas válidas e fiáveis (Lin et al., 2023). Todavia, tendo em conta a teoria de Kolcaba (1994), é fundamental que se promova o conforto à PSC/família no SU, pois, segundo a autora, o conforto consiste numa experiência imediata que deve ser robustecida pelas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, considerando-se quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental.

Como referem Batista et al. (2019, p. 39),

“Uma forma de arte de Enfermagem é chamada de cuidado confortador que requer um processo de ações confortantes, bem como o resultado de estado de conforto vivido pela pessoa idosa. Kolcaba define o conforto como uma experiência a ser reforçada através da satisfação das necessidades de alívio, calma e transcendência em reunião com o contexto físico, psicoespiritual, ambiental e social”.

O processo de conforto fundamenta-se, como referem as autoras supracitadas, “numa abordagem humanista-afetiva”, mediado pela tríade enfermeiro/utente/família, sendo o “agir intencional do enfermeiro determinante para dar resposta às necessidades de cuidados”, particularmente no conforto à pessoa com dor crónica (Batista et al., 2019, p. 40).

Neste seguimento, considero de elevado valor a reflexão respeitante ao desenvolvimento da competência de gestão do estabelecimento da relação terapêutica, tendo optado pela metodologia de Gineste-Marescotti®: *Cuidar em Humanidade*, cumprindo o presente no Decreto-Lei n.º 104/98, no seu artigo 89º sobre a responsabilização do enfermeiro na humanização dos cuidados que presta (Ministério da Saúde, 1998). Esta é

uma metodologia assente em três pilares essenciais: olhar, palavra e toque (Simões et al., 2011), assumindo especial relevo por se tratar de uma população maioritariamente envelhecida e em muitos casos com processos de demência em evolução. Desta forma, defendendo uma abordagem ABCDE primária no sentido de detetar precocemente potenciais focos de instabilidade, todavia, após as condições fisiológicas se encontrarem asseguradas é importante dar primazia ao que Chochinov (2007) considera ser o ABCD horizontal do cuidar digno, referindo-se a *Attitude, Behaviour, Compassion, Dialogue*.

Em 1980 Freddy Klopfenstein apresenta o termo *Humanitude* para referenciar “Inquietude, solitude, habitude: *humanitude*”. *Humanitude* é definida por Gineste e Pellissier (2008), pois equivale à proximidade relacional entre os seres humanos, a qual se amplia e complexifica ao longo da vida, facultando um sentir-se ser de espécie humana e, simultaneamente, consiste numa perceção do outro como sendo da mesma espécie. Esta compreende uma série de procedimentos que se baseiam nos pilares da *humanitude* “palavra, toque, olhar, sorriso, vestuário e verticalidade, expressa como atos simples da pessoa cuidadora para com a pessoa cuidada”. Gineste e Marescotti identificaram a ética e princípios deontológicos de bem-estar e qualidade de vida no conceito de *Humanitude* e adaptaram-no à prestação de cuidados, definindo *Humanitude* como uma filosofia de cuidados que permite que “um homem se sinta humano e permaneça humano aos olhos dos seus semelhantes” (Gineste & Pellissier, 2008, p. 247). De acordo com Phaneuf, o conceito de *Humanitude* mostra como os comportamentos e ações simples, como tocar a pessoa, é essencialmente humano” (Phaneuf, 2007, p. 3). Neste sentido, este conceito aplica-se particularmente à promoção de conforto na prática de enfermagem. Assim, na interação com o doente, o enfermeiro utiliza o olhar, a fala e o toque para realizar um conjunto de intervenções que demonstram uma atitude de atenção e preocupação para com a pessoa que vai para além de um tratamento educado. Phaneuf (2007) acrescenta que estas ações são demasiadas vezes feitas de uma forma mecânica, sensibilizando para a importância dos nossos gestos. Com base na prática clínica, investigação, reflexão sobre as características de cada pessoa e os princípios derivados das neurociências, fisiologia e psicomotricidade humana, Gineste e Marescotti desenvolveram a filosofia da Humanidade® entre 1995 e 1997, que serviram de orientação para a metodologia de cuidados Gineste-Marescotti®, também conhecida como metodologia *Humanitude care*.

Revelou-se importante refletir sobre a assistência emocional à PSC/família, uma vez que, em contexto de SU, esta se encontra a experienciar um processo de transição, entendendo que a teoria das transições de Meleis (1991) nos ajuda a compreender as reações emocionais das pessoas perante a transição, a manter o foco na pessoa, possibilitando um auxílio mais efetivo e assertivo, de modo a que a transição pelo momento crítico seja o mais tranquilo e adaptativo possível. Para o desenvolvimento de uma relação

terapêutica e de assistência emocional, em contexto de SU, a gestão da comunicação interpessoal em situações de alta complexidade reveste-se de grande importância. Neste sentido, considero uma mais valia a transmissão de informações de acordo com o Protocolo *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion, Summarize* (SPIKES), normalmente associado à transmissão de más notícias. Não obstante, a sua aplicação mesmo noutras situações permite perceber o que a pessoa já sabe, o que quer saber, transmitir a informação de acordo com a sua vontade, gerir as emoções, expectativas e o que é esperado que aconteça.

Durante os EC adotei sempre uma postura de iniciativa na procura de situações de aprendizagem, procurando basear essas aprendizagens numa pesquisa científica contínua e pertinente.

2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

No que se refere ao cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe importa referir que no SU existe uma equipa de transporte inter-hospitalar e de emergência interna com formação em Transporte de Doente Crítico e Suporte Avançado de Vida. A existência dentro da equipa de elementos com este nível de diferenciação é importante para garantir cuidados de qualidade e segurança à PSC durante a realização do transporte (Gonçalves, 2017). A preparação do transporte é suportada nas recomendações da Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), através do preenchimento de um *score* para o efeito e que considera aspetos que determinam a decisão dos meios de monitorização e de recursos humanos necessários durante o mesmo. A avaliação prévia ao transporte de doentes deve ser preenchida e assinada pelo médico responsável, pelo chefe de equipa do SU e pelo enfermeiro coordenador.

No sentido da aquisição de competências relacionadas com o planeamento da resposta em situação de catástrofe, optei pela consulta e leitura do Plano de Emergência Interno, conseguindo perceber que os riscos potenciais mais importantes na sua zona de influência são: de origem natural, inundações e sismos; associados ao desenvolvimento tecnológico; acidentes graves de tráfego rodoviário; associados a transporte de matérias perigosas e relacionados com o colapso de estruturas; associados a atividades recreativas perigosas e normalmente não perigosas.

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

No sentido de desenvolver esta competência, procedi à observação e reflexão da forma como o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência a Antimicrobianos é aplicado na UCIP e no SU. Em todas estas áreas existem equipamento de proteção individual (EPI), dispensadores de Solução Asséptica de Base Alcoólica (SABA) e folhetos informativos sobre a correta higienização e desinfeção das mãos, bem como sobre a atuação conforme o tipo de isolamento. Constatando-se, por isso, as condições adequadas para o isolamento de pessoas com microrganismos transmissíveis por via aérea. No entanto, nas restantes áreas do SU, frequentemente afetadas pela sobrelotação de pessoas e macas, associado ao rácio inadequado e ao desconhecimento precoce de pessoas com microrganismos de alerta máximo, torna-se praticamente impossível o seu isolamento e a transferência para outros serviços/unidades em tempo útil, por forma a minimizar a sua permanência no SU e a probabilidade de infeções cruzadas. Pude verificar que a higiene e desinfeção das mãos encontram-se facilitadas pelo acesso rápido a lavatórios e a dispensadores junto às unidades, aos lavatórios e nos carros de apoio, bem como o uso de EPI através da disponibilização de luvas de todos os tamanhos e de aventais junto das unidades e nos carros de apoio.

Por último, verifiquei que sempre foram cumpridas, pela equipa multidisciplinar as medidas recomendadas nas Normas n.º 019/2015, n.º 021/2015 e n.º 022/2015 relativamente aos Feixes de Intervenção e que dizem respeito, respetivamente, à Prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (DGS, 2015a); Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2015b); e Prevenção de infeção relacionada com o cateter venoso central (DGS, 2015c). Estes cumprimentos são importantes, pois a medida ao carácter urgente/emergente das intervenções em causa e que na minha ótica não podem condicionar práticas menos cuidadas e rigorosas. Nas restantes situações, pese embora as condições adversas como a sobrelotação e o trabalho extraordinário excessivo, pude constatar, com agrado, um esforço geral no respeito pelas medidas preventivas e de isolamento.

3. Reflexão final: avaliação das competências

Considero que este meu percurso formativo traduziu-se em excelentes oportunidades para adquirir/aprofundar competências especializadas na área de EMC. Todas as oportunidades/experiências enriqueçam a minha aprendizagem e para as quais ainda não estava tão desperta. Cada dia foi certamente uma novidade e trouxe-me a oportunidade de crescimento pessoal e profissional, essenciais à minha construção como futura enfermeira com competências acrescidas em EMC.

Quanto à avaliação individual por competências, em conformidade com os quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), as quais são uma síntese do Regulamento das Competências Específicas do EEEMC, artigo 2º que aglutina as Competências Específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC, artigo 3º (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p.19359), que em todas atingi o nível de Excelente. Por conseguinte, considero ter atingido um grau de competências gerais com excelência, o que irá futuramente garantir um nível de excelência na minha prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Parte II – Componente Investigação
Intoxicações por benzodiazepinas: Efeitos observados no serviço de urgência

Resumo

Introdução: Os fármacos benzodiazepínicos são usados como ansiolíticos, anticonvulsivantes e sedativos, com elevada incidência de prescrição de cerca de 50% dos psicotrópicos. Consequentemente, os casos de intoxicação por esta classe de fármacos constituem-se como uma das principais causas de pessoas vítimas de intoxicação a recorrer ao Serviço de Urgência.

Objetivos: Mapear e identificar que efeitos apresentam as pessoas com intoxicação por benzodiazepinas no serviço de urgência.

Metodologia: *Scoping Review* com recurso à metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Pesquisa realizada nos idiomas em português e inglês, nas plataformas eletrónicas PubMed, CINAHL complete, Cochrane Review via EBSCOhost, LILACS e B-ON, com friso temporal de 2018-2023.

Conclusão: Os seis estudos *corpus* de análise indicaram os seguintes efeitos apresentados por pessoas com intoxicação por benzodiazepinas no serviço de urgência: pré-hipertensão, hipotensão, acidose respiratória, interferência na temperatura corporal, hipoglicemia, baixo estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow), depressão respiratória (comprometimento das vias áreas), fala arrastada, hiperexcitabilidade, ataxia, miose e taquicardia sinusal leve.

Conclusão: As evidências sugerem as pessoas com toxicidade leve por benzodiazepinas devem permanecer no serviço de urgência até que se recuperem, as que apresentem intoxicação intencional requerem avaliação psiquiátrica antes da alta.

Palavras-chave: Intoxicação; benzodiazepinas; Serviço de Urgência.

Abstract

Introduction: Benzodiazepine drugs are used as anxiolytics, anticonvulsants and sedatives, with a high incidence of prescription of about 50% of psychotropic drugs. Consequently, cases of intoxication by this class of drugs constitute one of the main causes of people who are victims of intoxication resorting to the Emergency Department.

Objectives: To map and identify what effects people with benzodiazepine intoxication have in the emergency department.

Methodology: *Scoping Review* using the methodology proposed by the *Joanna Briggs Institute*. Research carried out in Portuguese and English, on the electronic platforms PubMed, CINAHL complete, Cochrane Review via EBSCOhost, LILACS and B-ON, with a time frame of 2018-2023.

Conclusion: The six corpus analysis studies indicated the following effects presented by people with benzodiazepine intoxication in the emergency department: prehypertension, hypotension, respiratory acidosis, interference with body temperature, hypoglycemia, low state of consciousness (Glasgow Coma Scale), respiratory depression (airway impairment), slurred speech, hyperexcitability, ataxia, miosis, and mild sinus tachycardia.

Conclusion: Evidence suggests that people with mild benzodiazepine toxicity should remain in the emergency department until they recover, those with intentional intoxication require psychiatric evaluation before discharge.

Keywords: Intoxication; benzodiazepines; Emergency Service.

1. Introdução

Desde a década de 1960, com o desenvolvimento do clordiazepóxido e logo depois do diazepam, as benzodiazepinas rapidamente se tornaram medicamentos populares devido ao seu perfil de segurança muito superior quando comparados aos sedativos-hipnóticos anteriores, como barbitúricos e outros não barbitúricos, usados no tratamento da ansiedade e da insônia (Kang et al., 2023). Desde o seu desenvolvimento inicial, vários fármacos benzodiazepínicos foram desenvolvidos ao longo de décadas. As benzodiazepinas são atualmente usadas para tratar ansiedade, convulsões, estados de abstinência, insônia, agitação e são comumente usados para sedação em procedimentos. Devido aos seus muitos usos e propriedades viciantes, as benzodiazepinas têm sido amplamente prescritas e com taxas de abuso desde o seu desenvolvimento há várias décadas. Hoje, existem mais de 50 agentes diferentes disponíveis no mercado mundial e a alta incidência de intoxicação de benzodiazepinas reflete o seu uso e a disponibilidade generalizados (Ameline et al., 2019).

Leo Sternbach, cientista austríaco, que trabalhava para a Hoffmann-La Roche em Nutley, foi credenciado por seu trabalho no desenvolvimento de muitos medicamentos, em particular os benzodiazepínicos. Em 1956, acidentalmente criou o clordiazepóxido, que foi aprovado para uso médico, em 1960. Mais tarde, desenvolveu uma versão melhorada e mais segura, denominada diazepam, em 1963, que se tornou amplamente popular e, entre 1969 e 1982, foi o medicamento mais prescrito nos Estados Unidos (Dodds, 2017).

Os benzodiazepínicos são bases orgânicas com um anel benzênico e uma fração diazepínica de sete membros, com cadeias laterais variáveis que determinam a potência, a duração da ação, a atividade do metabólito e a taxa de eliminação. Os benzodiazepínicos exercem o seu efeito via modulação do recetor do ácido gama-aminobutírico A (GABA-A), o principal neurotransmissor inibitório no sistema nervoso central. O recetor GABA-A, dependendo de várias combinações das suas subunidades, determina a sua ligação por vários agentes que se ligam ao recetor. Os benzodiazepínicos ligam-se na interface do recetor GABA-A e, subsequentemente, bloqueiam o recetor numa configuração que aumenta a sua ligação pelo GABA. Os benzodiazepínicos não alteram a produção, liberação ou metabolismo do GABA, mas potencializam as suas ações inibitórias ao aumentar ou intensificar a ligação ao recetor. Essa ligação acaba por aumentar o fluxo de iões cloreto através do canal iónico GABA, causando hiperpolarização pós-sináptica, que diminui a capacidade de gerar um potencial de ação. A baixa incidência de depressão respiratória com benzodiazepínicos, que o diferencia dos barbitúricos, está relacionada com a baixa

densidade de sítios de ligação no tronco encefálico, que abriga o centro respiratório (Araújo et al., 2018).

Os benzodiazepínicos tomados em doses tóxicas sem outros concomitantes raramente causam toxidrome significativo. A apresentação clássica em pessoas com superdosagem isolada de benzodiazepínicos incluiu depressão do sistema nervoso central (SNC) com sinais vitais normais ou quase normais. Muitos utentes ainda podem estar despertos e até podem fornecer uma história confiável. Os sintomas clássicos incluem a fala arrastada, ataxia e estado mental alterado (Kang et al., 2023). O comprometimento respiratório é incomum em ingestões isoladas de benzodiazepínicos, mas se tomado com concomitantes como etanol ou outras drogas/medicamentos, a depressão respiratória pode ser observada. É importante notar que a maioria das ingestões intencionais de benzodiazepínicos envolve outras ingestões, sendo a mais comum o etanol, levando à depressão respiratória substancial e comprometimento das vias aéreas. A dose necessária para produzir o comprometimento respiratório é difícil de quantificar e depende de múltiplos fatores, incluindo a dosagem, a tolerância, o peso, a idade, outros fármacos e até genética. Utentes com toxicidade grave apresentam em estado de estupor ou coma e pode ser necessário a intervenção imediata das vias aéreas e a ventilação mecânica (Kang et al., 2023). De acordo com os mesmos autores, a toxicidade relacionada com diazepam e lorazepam é o envenenamento por propilenoglicol, que consiste no diluente usado nas fórmulas da mesma família desses dois benzodiazepínicos, e o uso prolongado pode causar toxicidade ao propilenoglicol, que inclui a necrose da pele e tecidos moles, hemólise, disritmias cardíacas, hipotensão, acidose láctica significativa, convulsão e falência multissistémica de órgãos.

O tratamento de base para a toxicidade aguda por benzodiazepínicos é o tratamento de suporte, que pode incluir intubação endotraqueal para fornecer a gestão das vias aéreas. Carvão ativado de dose única ou multidose, hemodiálise ou irrigação intestinal total não desempenham nenhum papel no controlo da toxicidade dos benzodiazepínicos. Embora o tratamento de base da toxicidade aguda ou intoxicação de benzodiazepínicos seja um tratamento de suporte, existe, no entanto, um “antídoto” que pode ser usado em situações limitadas (Wallace et al., 2017). O flumazenil é um antagonista competitivo inespecífico no recetor benzodiazepínico que pode reverter a sedação induzida por benzodiazepínicos. No entanto, na maioria dos casos, os riscos do flumazenil geralmente superam os benefícios na toxicidade aguda e, portanto, o flumazenil não é recomendado para a reversão de rotina desse agente sedativo. As convulsões e as disritmias cardíacas, particularmente a taquicardia paroxística supraventricular, podem ocorrer após a administração de flumazenil, e muitas mortes foram relatadas. O flumazenil pode precipitar síndromes agudas de

abstinência em pessoas com dependência crónica de benzodiazepínicos, que podem ser fatais. Se um utente com dependência crónica de benzodiazepínicos receber flumazenil, pode diminuir o limiar convulsivo e, potencialmente, causar convulsões com risco de vida (Lugoboni et al., 2018). O tratamento de convulsões, que normalmente envolve benzodiazepínicos, seria inútil, pois o flumazenil bloqueia os recetores de benzodiazepínicos. O flumazenil pode ser administrado com segurança a usuários não habituados de benzodiazepínicos. Essa situação ocorre classicamente na população pediátrica com ingestão acidental ou após sedação do procedimento. Recomenda-se que a decisão de usar flumazenil seja baseada no equilíbrio entre risco e benefício na avaliação e tratamento de um paciente que não é usuário habitual de benzodiazepínicos, pois a maioria das pessoas com intoxicação de benzodiazepínicos passará bem com cuidados de suporte e tempo sozinho (Schneider & Weber-Papen, 2017).

As intoxicações agudas é uma das queixas principais comuns que leva utentes ao serviço de urgência e admissões hospitalares em países em desenvolvimento (Corlade-Andrei et al., 2023). A este propósito, faz-se referência a um estudo retrospectivo e transversal realizado por Mehrpour et al. (2018), num único centro hospitalar em Birjand, Irão. Durante o período de estudo (7 anos, de março de 2010 a março de 2017), recorreram ao serviço de urgência, 267 vítimas (64% homens e 36% mulheres), que preencheram os critérios de inclusão. Nesta amostra, prevaleceram as intoxicações medicamentosas (36,6%), seguidos de pesticidas (13,9%), 38,2% destes casos foram identificados como tentativas de suicídio. A taxa de mortalidade no estudo foi de 19,5%. A incidência de resultados foi significativamente maior em pessoas intoxicadas com opiáceos, pesticidas, benzodiazepinas e antidepressivos tricíclicos ($p < 0,05$). O tempo médio de hospitalização foi maior nas pessoas intoxicadas com pesticidas ($p = 0,04$).

Considerando que as intoxicações agudas são uma emergência médica, Bamathy et al. (2017) realizaram um estudo retrospectivo em coorte transversal que visou avaliar a incidência e os padrões de intoxicações agudas, os tóxicos envolvidos, a etiologia da intoxicação (voluntária com ou sem ideação suicida ou involuntária) e a via de contacto com o tóxico, no serviço de urgência de um hospital em Chennai, Índia. Os dados foram recolhidos dos registos do serviço de urgências do hospital. De um total de 218 utentes, 51% eram homens e 49% mulheres, 29% com intoxicação por organofosforados, 34% por sobredosagem medicamentosa, 37% por repelente de mosquitos, veneno para matar ratos, querosene e ácido. Em 91% dos casos de intoxicações agudas a intenção foi suicida e em 9% acidental. Na faixa etária dos 19-30 anos, 31 pessoas ingeriram pesticidas organofosforados, 33 com sobredosagem medicamentosa e as restantes 32 ingeriram repelente de mosquitos, veneno de rato e ácido. Após intervenção e gestão das intoxicações

agudas, 203 (93%) doentes recuperaram e 15 (7%) morreram. Os fármacos comuns utilizados, para além das medidas de primeiros socorros, foram Atropina, Oximes, Vitamina K, e Flumazenil. Outros medicamentos adjuvantes utilizados são Ondansetron, Pantoprazol, Antibióticos, Antiepiléticos e Antiácidos. As utentes do sexo feminino tendem a consumir comprimidos e veneno repelente de mosquitos mais do que a intoxicação por pesticidas organofosforados. A partir deste estudo, Bamathy et al. (2017) analisaram a incidência e os padrões de intoxicações agudas em pessoas que recorreram ao serviço de urgência. A incidência das intoxicações agudas por ingestão de comprimidos foi mais elevada, seguida das intoxicações por compostos organofosforados. A incidência do consumo de veneno e repelente de mosquitos aumentou consideravelmente. Os medicamentos mais comumente utilizados foram o Flumazenil e a Atropina.

Os benzodiazepínicos representam um dos medicamentos mais prescritos e consumidos no ambiente ambulatorial e hospitalar. O seu uso é maior no Canadá, Estados Unidos, Brasil, Japão e muitos países ocidentalizados na Europa. Um estudo canadense demonstrou que os benzodiazepínicos são o 7º medicamento mais prescrito, perfazendo 4,1% de todas as prescrições. Nas últimas décadas houve um aumento substancial na prescrição de benzodiazepínicos, com uma taxa elevada de atendimentos em serviços de urgência de utentes vítimas de intoxicação (Guerrero & Mora, 2018). Como os problemas de saúde mental afetam cerca de 1 em cada 6 indivíduos, o uso de benzodiazepínicos tem sido um fármaco muito utilizado para um grande grupo de distúrbios. Os transtornos de ansiedade são o maior alvo de uso de benzodiazepinas, com taxas de prevalência a variar entre 5-12%, a nível global (Guerrero & Mora, 2018).

O clonazolam é um triazolo substituído benzodiazepínico derivado do clonazepam. Caracterizado pela primeira vez em 1971, mas nunca foi registrado para uso farmacêutico. Em 2014, o clonazolam ressurgiu nos mercados de drogas ilícitas, com notificação ao *European Union Early Warning System* em 2015 após a deteção numa apreensão de drogas na Suécia (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, 2021). O clonazolam continua a ser detetado nas apreensões globais de drogas ilícitas, com um aumento paralelo nos dados relacionados com clonazolam nos centros de informações sobre venenos. Atualmente, existe apenas uma monointoxicação não fatal por clonazolam com confirmação analítica descrita na literatura (Sommerfeld-Klatta et al., 2021). Mais recentemente, uma fatalidade atribuída ao clonazolam também foi descrita, mas não detalha a toxicidade clínica próxima da morte num rapaz de 14 anos de idade (Moore et al., 2022).

A intoxicação por administração de fármacos é um desafio frequentemente encontrado nos SU e, muitas vezes, os benzodiazepínicos estão envolvidos como intoxicação por um ou vários fármacos. Por conseguinte, o presente estudo tem como objetivo: mapear e identificar que efeitos apresentam as pessoas com intoxicação por benzodiazepinas no serviço de urgência.

2. Material e métodos

As *Scoping reviews* são uma abordagem cada vez mais comum para a síntese de evidências com um conjunto crescente de orientações metodológicas e recursos para auxiliar os autores de revisões em seu planejamento, condução e relatórios. A orientação mais recente para *Scoping reviews* inclui a metodologia *The Joanna Briggs Institute* (JBI) e os itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e meta-análises, com extensão para as *Scoping reviews* (Peters, et al., 2021).

Além das revisões sistemáticas anteriores, as *Scoping reviews* também podem ser realizadas de forma independente averiguar áreas amplas e para identificar lacunas nas evidências, esclarecer conceitos-chave e relatar os tipos de evidências que abordam e informam a prática numa área temática. Estas podem ser usadas para mapear evidências em relação ao tempo (quando foi publicado), localização (país), fonte (por literatura revista ou cinzenta) e/ou origem (saúde ou disciplina académica) (JBI, 2015). Como ferramentas úteis para o reconhecimento de evidências, as *Scoping reviews* podem ser usadas para fornecer uma ampla visão geral de um tópico. Por exemplo, uma *Scoping review* que procura desenvolver um “mapa conceitual” pode explorar como, por quem e com que finalidade um determinado termo é usado num determinado campo (JBI, 2015). Neste sentido realizou-se a presente *Scoping review* com o objetivo de mapear e identificar que efeitos apresentam as pessoas com intoxicação por benzodiazepinas no serviço de urgência.

Formulação da questão de revisão

Foi elaborada a questão de investigação de acordo com o método PCC: P (população – pessoa vítima de intoxicação por benzodiazepinas, idade ≥ 18 anos); C (contexto – Serviço de Urgência); C (conceito - Efeitos das intoxicações por benzodiazepinas) preconizado pelo JBI, traduzindo-se na seguinte questão de pesquisa:

- *Que efeitos apresentam as pessoas com intoxicação por benzodiazepinas no serviço de urgência?*

Assim, objetiva-se mapear e identificar que efeitos apresentam as pessoas com intoxicação por benzodiazepinas no serviço de urgência.

Crítérios de inclusão e exclusão

Consideraram-se elegíveis todos os tipos de estudo, desde que os seus resultados levassem à resposta à questão da pesquisa. Por conseguinte incluíram-se na pesquisa

virtual de artigos: estudos em língua inglesa e portuguesa, com data de publicação de janeiro de 2018 até julho 2023. Optou-se por este friso temporal para que se pudesse identificar as evidências mais recentes. Os critérios de exclusão definidos foram: literatura cinzenta, estudos publicados noutros idiomas, ausência de descritores no título e no resumo, artigos que não disponibilizavam o texto completo, que não respondiam à questão de investigação e data de publicação fora do friso temporal definido (cf. tabela 1).

Tabela 1. Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
[P] Participantes	Pessoa vítima de intoxicação por benzodiazepinas, idade ≥18 anos	Estudos que refiram clientes pediátricos e/ou clientes com outras intoxicações agudas
[C] Contexto	Serviço de Urgência	Estudos que se reportem a outros contextos
[C] Conceito	Efeitos das intoxicações por benzodiazepinas	Estudos que não avaliem os efeitos das intoxicações por benzodiazepinas
Tipo de estudos	Estudos primários, revisões de literatura (narrativas, integrativas, sistemáticas, scoping review)	Literatura cinzenta
Data de publicação	2018-2023	
Línguas	Português, Inglês	
Disponibilidade do artigo	Full-text	

Estratégia de pesquisa e seleção dos estudos

A estratégia de pesquisa e identificação dos estudos tiveram lugar em julho de 2023. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, CINAHL complete, Cochrane Review via EBSCOhost, LILACS e B-ON. Foram identificados os descritores em Ciências da Saúde (DECS) apropriados à pesquisa (“benzodiazepines/poisoning”, “emergency service, hospital” e “intoxication”), os operadores booleanos usados foram “OR” e “AND”. Usaram-se as palavras do texto incluídas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e os termos de indexação com a finalidade de descrever os artigos para que se pudesse realizar uma estratégia de pesquisa completa, que compreendeu todas as palavras-chave e termos de indexação identificados, com a respetiva adequação para cada base de dados. Incluíram-se estudos publicados nos idiomas português e inglês e publicados nos últimos 5 anos.

Procedeu-se a uma avaliação dos artigos procurados, tendo em conta a sua relevância para o estudo em causa, tendo por base as informações facultadas no título e respetivo resumo. Este processo contou com a participação de dois revisores independentes, os quais analisaram os artigos completos em conformidade com os critérios de inclusão, sem discordância entre ambos. Em primeiro lugar, foram identificados os artigos e removidos os resultados duplicados. Depois da leitura do resumo, selecionaram-se os estudos, tendo em consideração os critérios para serem incluídos na revisão. Após a pesquisa, os artigos encontrados foram extraídos para o aplicativo *Rayyan*, que serve para

este tipo de revisões e auxilia a remoção dos duplicados e, posteriormente, a triagem e seleção dos artigos. Por fim, agruparam-se os resultados numa tabela, acompanhados de uma síntese narrativa de forma a poder-se dar resposta à questão de pesquisa.

Quadro 1. Termos de estratégia de pesquisa nas bases de dados

PubMed	(("benzodiazepines/poisoning"[MeSH Terms] OR ("benzodiazepine"[Title/Abstract] AND ("poisoning"[Title/Abstract] OR "intoxication"[Title/Abstract]))) AND 2018/01/01:2023/12/31[Date - Publication] AND (("emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR "accident and emergency department"[Title/Abstract] OR "emergency departments"[Title/Abstract] OR "emergency department"[Title/Abstract] OR "emergency hospital service"[Title/Abstract] OR "emergency room"[Title/Abstract] OR "emergency units"[Title/Abstract] OR "emergency unit"[Title/Abstract] OR "emergency ward"[Title/Abstract] OR "hospital emergency service"[Title/Abstract])) 27 RESULTADOS
CINAHL Complete	(benzodiazepines or benzodiazepine) AND (poisoning or intoxication) AND ("emergency service, hospital" or "accident and emergency department" or "emergency departments" or "emergency department" or "emergency hospital service" or "emergency room" or "emergency units" or "emergency unit" or "emergency ward" or "hospital emergency service") 31 RESULTADOS
B-on	benzodiazepines or benzodiazepine poisoning or intoxication and "emergency service, hospital" or "accident and emergency department" or "emergency departments" or "emergency department" or "emergency hospital service" or "emergency room" or "emergency units" or "emergency unit" or "emergency ward" or "hospital emergency service" 8 RESULTADOS
Cochrane Review via EBSCOhost	benzodiazepines or benzodiazepine poisoning or intoxication and "emergency service, hospital" or "accident and emergency department" or "emergency departments" or "emergency department" or "emergency hospital service" or "emergency room" or "emergency units" or "emergency unit" or "emergency ward" or "hospital emergency service" 3 RESULTADOS
LILACS	(benzodiazepines or benzodiazepine) AND (poisoning or intoxication) AND ("emergency service, hospital" or "accident and emergency department" or "emergency departments" or "emergency department" or "emergency hospital service" or "emergency room" or "emergency units" or "emergency unit" or "emergency ward" or "hospital emergency service") 6 RESULTADOS

3. Resultados

Um total de 75 artigos foi encontrado nas bases de dados PubMed, CINAHL complete, Cochrane Review via EBSCOhost, LILACS e B-ON. Destes, 42 foram removidos por estarem duplicados; foram excluídos 21 com base no título e resumo. Foram selecionados 21 artigos e avaliados pelos critérios de inclusão. Foram lidos na íntegra para avaliação 12 estudos, entre os quais 6 foram excluídos pelas seguintes razões: três deles pelo contexto, pois fazia apenas alusão ao SU, mas o estudo decorreu numa UCI e três 3 não se reportavam ao conceito determinado, ou seja, apenas tratavam os dados sociodemográficos dos utentes. Após o apuramento de cada artigo, tendo em conta os resultados apresentados por cada um e as conclusões que se relacionavam com a questão de investigação deste trabalho, foram selecionados e incluídos no estudo seis estudos. A descrição dos passos efetuados até ao resultado final está representada na Figura 1 e serve de precursor para a última etapa deste trabalho, a apresentação e discussão dos resultados.

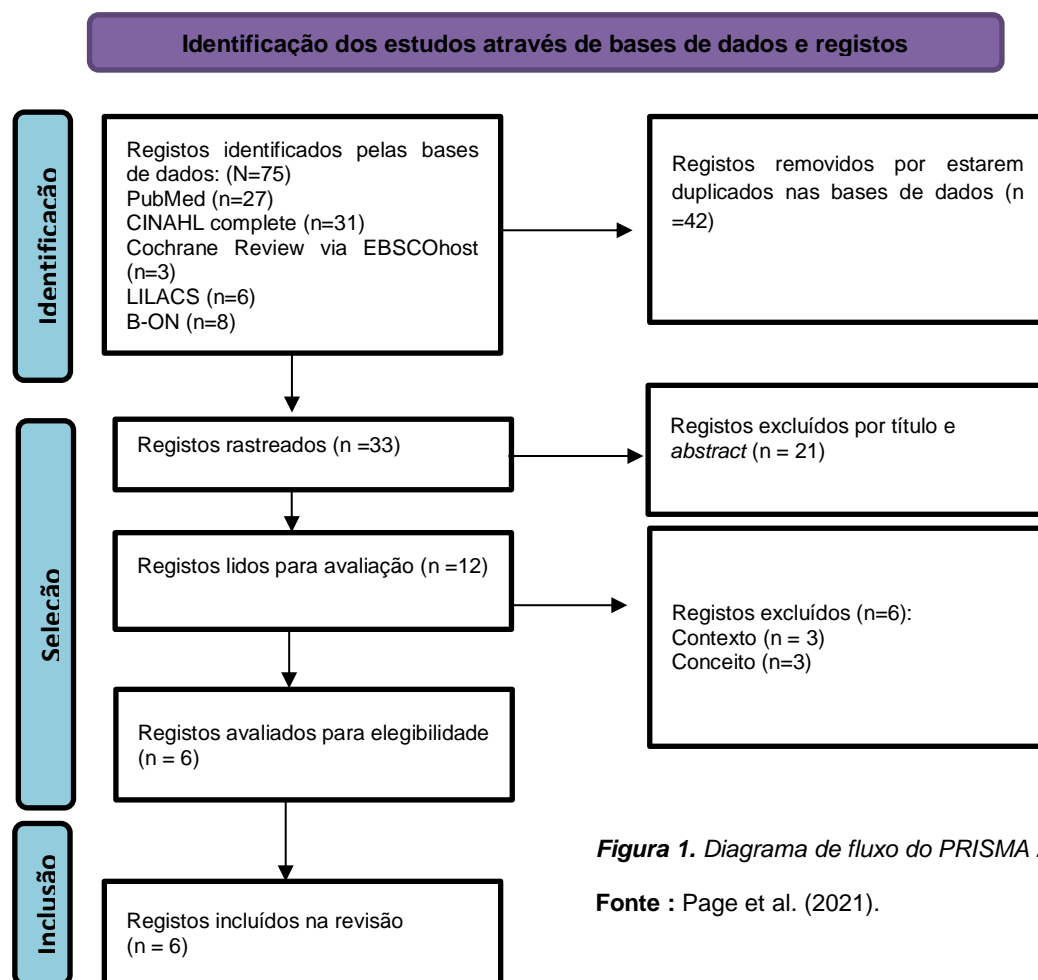


Figura 1. Diagrama de fluxo do PRISMA 2020

Fonte : Page et al. (2021).

Quadro 2. Características e principais resultados dos estudos incluídos

Estudo	Autores	País	Ano	Contexto	Participantes	Resultados
E1	Chien-Po H, & An-Yi W.	China	2022	Serviço de Urgência	Utente de 24 anos com intoxicação por anfetamina inicialmente obscurecida pelo uso concomitante de gama-hidroxi-butilato (GHB)	Os sintomas simpaticomiméticos surgiram após o desaparecimento dos efeitos do GHB. O utente apresentava os seguintes sinais vitais na admissão: pressão arterial 136/58 mmHg; frequência cardíaca 79 bpm; SpO2 87% em ambiente; temperatura corporal 36,1 °C; Escala de Coma de Glasgow 3. As pupilas não estavam dilatadas. A gasometria arterial revelou acidose respiratória (pH = 7,229, pCO2 = 64,4 mmHg, pO2 = 42,3 mmHg, HCO3 = 26,3 mmol/L). Foi realizada intubação e o utente encaminhado para unidade de cuidados intensivos. O utente melhorou posteriormente e foi extubado quatro dias após a atenuação da pneumonia e teve alta sem intercorrências, oito dias depois.
E2	Tan ST, Lo CH, Liao CH, & Su YJ.	Macau	2022	Serviço de Urgência	196 utentes com auto-intoxicação com média de idade de 39,2±18,3, entre os quais 96 (42,9%) foi intoxicado por benzodiazepínicos	Os benzodiazepínicos (n=96, 49%; p=0,004) foram os fármacos mais comumente usados. Aproximadamente 8,2% eram utentes do sexo feminino (12/147). Um grande número de utentes tinha história de depressão (n=96, 49%) e problemas de insônia (n=79, 40,3%). Apenas 27,6% (54/196) relataram uso concomitante de álcool. Aproximadamente 11,2% (22/196) e 2% (4/196) do total de utentes foram internados no Serviço de Toxicologia e unidades de cuidados intensivos, respetivamente. A temperatura corporal (em °C) foi ligeiramente maior nas mulheres do que nos homens; níveis mais elevados de pressão arterial sistólica e diastólica em homens em comparação com as utentes do sexo feminino.
E3	Soroosh, D., Zakariaei, Z., Azadeh, H., Tabaripour, R., & Banimostafavi, E. S.	Irão	2021	Serviço de Urgência	300 utentes vítimas de intoxicação (17% com intoxicação por BZD).	A prevalência de hipoglicemia foi significativamente maior em utentes com intoxicação por BZD (11,8% vs. 2,8%, p=0,004), principalmente no sexo masculino (p =0,016), com idade >30 anos (p = 0,006). No entanto, a prevalência de hipoglicemia foi maior em utentes com Escala de Coma de Glasgow <10 (p =0,005) e em utentes encaminhados após 1 h a um centro médico (p=0,015).
E4	Lu CY, Chang CI, Huang HH, & Yen DH.	Taiwan	2018	Serviço de Urgência	140 utentes vítimas de intoxicação por BZD, com média de idade de 51,3±	69,2% (83/120) dos utentes precisaram internamento hospitalar, incluindo 20 (14,3%) com internamento na UCI e três evoluíram para óbito

					9,1 anos e predominância do sexo feminino com 2,59:1	(2,1%, 3/140). Dois fatores preditivos clínicos de internamento na UCI foram identificados, incluindo a pneumonia e uso de Flumazenil no SU.
E5	Ingebrigtsen, E., Persett, P.S., Brekke, M., Hovda, K.E., & Vallersnes, O.M.	Noruega	2022	Serviço de Urgência	1.131 casos de intoxicação aguda	Entre os casos de utentes com intoxicação aguda, 45,5% foi por BZD., cujos efeitos mais comuns foram pontuação reduzida da Escala de Coma de Glasgow, depressão respiratória, hipotensão, fala arrastada, hiperexcitabilidade e ataxia.
E6	Syrjanen R, Greene SL, Castle JW, Di Rago M, Hodgson SE, Abouchedid R, Graudins A, Schumann JL.	Austrália	2023	Serviço de Urgência	4 utentes com idades entre 18-19 anos com intoxicação por BZD	A pontuação da Escala de Coma de Glasgow variou de 8 a 13) e frequência cardíaca elevada (frequência cardíaca média de 100 batimentos por minuto, variando de 92 a 105). Três utentes relataram o uso de grande quantidade (7-20 comprimidos) de Xanax®, uma marca de alprazolam não disponível comercialmente na Austrália. Estes apresentaram obstrução das vias aéreas, taquicardia sinusal leve.

4. Discussão

Os estudos considerados revelam concomitantemente que a intoxicação medicamentosa é uma das maiores dificuldades do sistema de saúde. O padrão de ocorrência dessas intoxicações está relacionado com vários fatores, como a acessibilidade aos serviços de saúde, bem como a cultura e nível sociocultural de cada país. Atualmente, os benzodiazepínicos são um dos grupos de fármacos mais amplamente disponíveis. Embora não sejam medicamentos isentos de prescrição, devido à ampla gama de indicações disponíveis para o seu uso, e são prescritos na maioria dos ambientes clínicos por médicos, esse grupo de medicamentos é amplamente disponível e, portanto, tem uma alta probabilidade de intoxicação. A intoxicação por benzodiazepínicos afeta vários órgãos do corpo, embora os principais efeitos de uma dose excessiva sejam ao nível do sistema nervoso central, e uma pessoa intoxicada apresenta sintomas como tontura, confusão, ansiedade, agitação e diminuição da resposta a estímulos ambientais. Devido aos principais efeitos desses fármacos sobre recetores GABAérgicos, não está fora de questão observar esses efeitos tais efeitos (Johnson et al., 2016).

No E1 de Chien-Po & An-Yi (2022) consistiu num caso de um utente do sexo masculino com intoxicação por anfetamina inicialmente obscurecida pelo uso concomitante de GHB, tendo os sintomas simpaticomiméticos surgido após o desaparecimento dos efeitos do GHB. Apresentava-se inconsciente, aquando da sua entrada no SU, e com os seguintes sinais vitais na admissão: pressão arterial 136/58 mmHg; frequência cardíaca 79 bpm; SpO₂ 87% em ar ambiente; temperatura corporal 36,1°C; Escala de Coma de Glasgow 3. As pupilas não estavam dilatadas. A gasometria arterial revelou acidose respiratória (pH = 7,229, pCO₂ = 64,4 mmHg, pO₂ = 42,3 mmHg, HCO₃ = 26,3 mmol/L). Foi realizada intubação e o utente encaminhado para unidade de cuidados intensivos intensivos. Este recuperou a consciência e ficou agitado em associação com taquicardia sinusal (frequência cardíaca 143 bpm; pressão arterial 173/61 mmHg). Algumas horas depois, apresentou dessaturação abrupta (SpO₂ 65%) e expectoração profusa, rosada e espumosa. A radiografia ao tórax revelou sombra peri-hilar em forma de asa de morcego e a tomografia computadorizada mostrou opacidade em vidro fosco bilateral e padrão alveolar de edema agudo de pulmão. Uma dose alta de benzodiazepínico com uma bomba de midazolam a 50 mg/h foi administrada para aliviar os sintomas. Os amigos do utente revelaram o uso concomitante de anfetaminas e GHB. O resultado da toxicologia urinária foi positivo para anfetamina (≥ 500 ng/mL). O utente melhorou posteriormente e foi extubado quatro dias após a atenuação da pneumonia e teve alta sem intercorrências oito dias depois. Neste estudo, a intoxicação por anfetamina foi inicialmente mascarada pelo uso concomitante de

GHB, mas apareceu com a atenuação do efeito do GHB. Todavia, os autores salientam que as apresentações clínicas de abuso de múltiplas drogas são variáveis.

As intoxicações por fármacos é um dos eventos comuns encontrados no SU (Tan et al., 2022, E2), uma constatação que levou os mesmos autores a investigar a diferença entre sexo e os fatores predisponentes de intoxicação por fármacos num SU em Macau. Dados de 299 utentes com intoxicação induzida relatados no seu centro de intoxicação de janeiro de 2018 a agosto de 2019 foram analisados retrospectivamente. Foram selecionados casos de estudo categorizados usando o sistema de codificação da Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão, que inclui os códigos T36 a T50. Os dados foram recolhidos e analisados incluindo as pontuações da Escala de Coma de Glasgow e sinais vitais na chegada (incluindo temperatura corporal, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica, sexo, idade, estado civil, horário de chegada, temporada na admissão, tentativas anteriores de suicídio, história psiquiátrica, comorbilidades relacionadas, argumentos recentes, categorias de intoxicação com ou sem uso concomitante de etanol, tempo de internamento e sobrevida até à alta). Os três principais tipos de substâncias frequentemente envolvidos na intoxicação foram benzodiazepínicos (42,9%), medicamentos mistos (32,1%) e acetaminofeno (6,1%). Os 196 utentes tinham uma média de idade de $39,2 \pm 18,3$ e, desses, os do sexo masculino eram 8,1 anos mais velhos do que os do sexo feminino ($45,3 \pm 19,5$ vs. $37,2 \pm 17,5$, respetivamente; $p < 0,05$). A maioria dos casos ocorreu durante a primavera ($n=63$, 32,1%), especialmente em utentes do sexo masculino ($n=28$, 57,1%; $p < 0,001$). Os benzodiazepínicos ($n=96$, 49%; $p=0,004$) foram os fármacos mais usados. Um grande número destes utentes tinha histórico de depressão ($n=96$, 49%) e problemas de insónia ($n=79$, 40,3%). Apenas 27,6% (54/196) relataram uso concomitante de álcool. A temperatura corporal (em °C) foi ligeiramente maior nas mulheres do que nos homens; níveis mais elevados de pressão arterial sistólica e diastólica em homens em comparação com as utentes do sexo feminino. Aproximadamente 11,2% (22/196) e 2% (4/196) do total destes utentes foram internados no Serviço de Toxicologia e unidades de cuidados intensivos, respetivamente. O tempo de internamento foi de $2 \pm 4,1$ dias.

A corroborar, o Soroosh et al. (2021, E3) referem que a intoxicação por benzodiazepínicos é uma condição médica comum frequentemente acompanhada de paragem cardiorrespiratória, pneumonia por aspiração e raramente pode resultar em morte. Embora não seja bem estudada, a hipoglicemia é uma condição real e potencialmente fatal que pode ocorrer na intoxicação por benzodiazepínicos. Assim, no seu estudo determinaram a prevalência de hipoglicemia entre utentes com intoxicação por benzodiazepínicos em comparação com a toxicidade com outras substâncias. Os utentes com intoxicação induzida

por drogas encaminhados para o SU do hospital Vasei, Sabzevar, leste do Irã, foram registados e os seus níveis de glicose no sangue na apresentação foram recolhidos durante 2019. Ao todo, foram avaliados 300 utentes vítimas de intoxicação, entre os quais 17% com por benzodiazepínicos. A prevalência de hipoglicemia foi significativamente maior em utentes com intoxicação por benzodiazepínicos (11,8% vs. 2,8%, $p=0,004$), principalmente no sexo masculino ($p =0,016$), com idade >30 anos ($p = 0,006$). No entanto, a prevalência de hipoglicemia foi maior em utentes com Escala de Coma de Glasgow <10 ($p =0,005$) e em utentes encaminhados após 1 h a um centro médico ($p=0,015$). Os resultados mostraram que a hipoglicemia é uma complicação frequente da intoxicação por benzodiazepínicos e deve ser considerada na avaliação inicial dos utentes quando encaminhados para o SU. Em 2018, Peng e Li relataram o caso de um utente que consumia cocaína e foi vítima de intoxicação por benzodiazepínicos. Era um homem de 45 anos cujo açúcar no sangue foi igual a 55 mg/dl por vários dias. Os autores descobriram que níveis de insulina no sangue foram significativamente elevados (27 mIU/L) e que também houve um aumento considerável no nível de pró-insulina (50,1 pmol/L). Os níveis de HbA1c também caíram (5,8%). A equipa de de saúde focou-se na redução dos níveis de glicose no sangue do utente e conseguiram reduzir aa hipoglicemia. Este estudo e o de Soroosh et al. (2021, E3) sugerem que o uso de benzodiazepínicos em combinação com outras substâncias que resultam em intoxicação aumenta simultaneamente o risco de hipoglicemia, o que pode aumentar o risco do prognóstico dos utentes.

No E4 de Lu et al. (2018) foram investigados os preditores clínicos de internamento em UCI para utentes com intoxicação por benzodiazepínicos e as suas características clínicas no SU. Tratou-se de um estudo de caso-controlo retrospectivo de utentes com intoxicação aguda de benzodiazepínicos com idade ≥ 18 anos que recorreram ao SU. Foram incluídos no estudo 140 utentes, com média de idade de $51,3 \pm 19,1$ anos (média \pm desvio padrão [DP]) e predominância do sexo feminino com 2,59:1. A causa mais comum de intoxicação de benzodiazepínicos foi a tentativa de suicídio. A doença subjacente mais comum era a depressão *major* ou transtorno bipolar, correspondendo a 85,7% de todos os utentes do estudo. A tentativa de suicídio representou 84,3% (118/140) de todos os utentes do estudo, entre os quais 41,4% (58/140) tinham história prévia de tentativa de suicídio; 69,2% (83/120) dos utentes precisaram internamento hospitalar, incluindo 20 (14,3%) com internamento na UCI e três evoluíram para óbito (2,1%, 3/140). Dois fatores preditivos clínicos de internamento na UCI foram identificados, incluindo a pneumonia e uso de flumazenil no SU. A incidência de mortalidade em utentes com intoxicação de benzodiazepínicos foi baixa, mas a mortalidade por todas as causas permaneceu alta naqueles que foram internados na UCI (15%). Os autores, face às suas evidências, sugere

que os profissionais de saúde do SU prestem mais atenção em utentes com intoxicação de benzodiazepínicos com tentativa de suicídio e depressão *major*/transtorno bipolar, que tenham pneumonia ou uso de flumazenil no SU. Sugerem também uma melhor gestão de recursos da equipa de saúde do SU ao nível da intervenção e prevenção desses utentes, para diminuir a intoxicação repetida, melhorar a qualidade do atendimento e melhorar os resultados. De acordo com a literatura, os efeitos colaterais e as complicações em pessoas com com superdosagem aguda de benzodiazepínicos resultaram em morbidade ou mesmo em mortalidade em determinadas populações, especialmente naqueles com distúrbios ou disfunções pulmonares crónicas e nos que possuem doenças renais crónicas (Perkovic-Vukcevic et al., 2016). Embora Perkovic-Vukcevic et al., (2016) tenham relatado que os utentes vítimas de intoxicação aguda por benzodiazepínicos apresentaram baixa mortalidade hospitalar (menos de 1%), outro estudo anterior em vítimas geriátricas com intoxicação aguda por benzodiazepínicos demonstrou cerca de 3,6% de óbito. Foi também demonstrado que, em utentes com intoxicação grave, as manifestações clínicas mais comuns eram a depressão respiratória, hipotensão, hipotermia, depressão do sistema nervoso central, ataxia, tremores, miose, hiperexcitabilidade Vancayseele et al., 2016). Estes efeitos são corroborados com o E5 de Ingebrigtsen et al. (2022) que, entre 1.131 casos de intoxicação aguda por estimulantes centrais no SU, 45,5% foram vítimas de intoxicação por benzodiazepínicos, cujos efeitos mais comuns apresentados pelos utentes, à entrada no SU, foram pontuação reduzida da Escala de Coma de Glasgow, depressão respiratória, hipotensão, fala arrastada, hiperexcitabilidade e ataxia.

Entre os benzodiazepínicos, Syrjanen et al. (2023) referem o clonazolam, um novo benzodiazepínico não registado que surgiu nos mercados globais de drogas ilícitas em 2014. No seu estudo, descrevem as características clínicas de quatro casos de monointoxicações não fatais de clonazolam de utentes atendidos num SU na Austrália, com idades entre os 18-19 anos, com intoxicação sedativa, valores da Escala de Coma de Glasgow a variar entre 8 a 13, e frequência cardíaca elevada (frequência cardíaca média de 100 batimentos por minuto, variando de 92 a 105) após exposição relatada a benzodiazepínicos. Três utentes relataram o uso de grande quantidade (7-20 comprimidos) de Xanax®, uma marca de alprazolam não disponível comercialmente na Austrália. Dois utentes necessitaram de inserção nasofaríngea após o desenvolvimento da obstrução das vias aéreas. O tempo médio para o retorno de um estado de consciência normal (Escala de Coma de Glasgow 15) foi de 23 h (intervalo de 5-30 h). Clonazolam (intervalo de 0,2-2,1 µg/L) e o seu principal metabólito 8-aminoclonazolam (intervalo de 5,9-19,1 µg/L) foram as únicas substâncias detetadas por cromatografia líquida-espectrometria de massa tandem em amostras de sangue de todos os utentes. A intoxicação por clonazolam resultou em

sedação com taquicardia sinusal leve. Nestes casos o clonazolam foi ingerido inadvertidamente possivelmente em substituição ilícita de um produto benzodiazepínico contrafeito não regulamentado. As intoxicações não fatais e fatais por ingestão de benzodiazepínicos ilícitos aumentaram no geral de 2019 a 2020. Por exemplo, etizolam, flualprazolam e flubromazolam foram cada vez mais detetados entre amostras clínicas e *post-mortem* em 2020, geralmente com opioides e podem ter contribuído para aumentos gerais em intoxicações agudas. A disponibilidade de dados recentes de tendências em vários países sobre as intoxicações não fatais por benzodiazepínicos e com benzodiazepínicos ilícitos é ainda limitada (Liu et al. 2021).

Conclusão

Os seis estudos incluídos na presente *Scoping review* permitiram dar resposta à questão de investigação e alcançar o objetivo da mesma decorrente. Assim, os efeitos que apresentam as pessoas com intoxicação por benzodiazepinas no serviço de urgência foram: pré-hipertensão, hipotensão, acidose respiratória, interferência na temperatura corporal, hipoglicemia, baixo estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow), depressão respiratória (comprometimento das vias aéreas), fala arrastada, hiperexcitabilidade, ataxia, miose e taquicardia sinusal leve. A sobredosagem de benzodiazepinas assume-se como um grande risco fator de toxicidade severa, com muitos utentes a necessitarem maiores de intubação e sedação no hospital, com internamento em UCI. As evidências indicam que as intoxicações por benzodiazepinas referem-se a um conjunto de sintomas resultantes do consumo elevado deste tipo de fármacos, podendo provocar uma sonolência mais ou menos marcada, abatimento físico e psíquico, ou outros sintomas mais graves, como os descritos nos estudos, que obrigam a recorrer ao serviço de urgência.

Como limitações encontradas no presente estudo, ressalva-se particularmente o facto de muitos estudos encontrados não se reportar aos efeitos apresentados pelas pessoas com intoxicação por benzodiazepinas no serviço de urgência, tratando-se, sobretudo, de estudos epidemiológicos. Neste sentido, sugere-se a realização de um estudo primário, para que se possam avaliar os efeitos que as pessoas com intoxicação por benzodiazepinas apresentam no serviço de urgência.

Referências bibliográficas

- Ameline, A., Richeval, C., Gaulier, J.-M., Raul, J.-S., & Kintz, P. (2018). *Detection of the designer benzodiazepine flunitrazolam in urine and preliminary data on its metabolism*. *Drug Testing and Analysis*. doi:10.1002/dta.2480
- Araújo ÉJF, Rezende-Júnior LM, Lima LKF, Silva-Júnior MPD, Silva OA, Sousa Neto BP, Almeida AAC, Gutierrez SJC, Tomé ADR, Lopes LDS, Ferreira PMP, Lima FDCA. Pathophysiological investigations, anxiolytic effects and interaction of a semisynthetic riparin with benzodiazepine receptors. *Biomed Pharmacother*. 2018 Jul;103:973-981
- Bamathy B, Punnagai K, Amritha C. A, Chellathai D. D. Incidence and Patterns of Acute Poisoning Cases in an Emergency Department of A Tertiary Care Hospital in Chennai. *Biomed Pharmacol J* 2017;10(3).
- Chien-Po H, An-Yi W. Amphetamine toxicity masked by concomitant γ -hydroxybutyrate (GHB) ingestion. *Am J Emerg Med*. 2022 Aug;58:338-339. doi: 10.1016/j.ajem.2022.03.057.
- Corlade-Andrei, M.; Nedelea, P.L.; Ionescu, T.D.; Rosu, T.S.; Hauta, A.; Grigorasi, G.R.; Blaga, T.; Sova, I.; Popa, O.T.; Cimpoesu, D. Pediatric Emergency Department Management in Acute Poisoning—A 2-Year Retrospective Study. *J. Pers. Med*. 2023, 13, 106. <https://doi.org/10.3390/jpm13010106>
- Dodds, T.J. (2017). Prescribed Benzodiazepines and Suicide Risk: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2017 Mar 2;19(2). doi: 10.4088/PCC.16r02037. PMID: 28257172.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. New benzodiazepines in Europe – a review. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/new-benzodiazepines-europe-review_en
- Ingebrigtsen, E., Persett, P.S., Brekke, M., Knut Erik Hovda⁸ and Odd Martin Vallersnes (2022). Poisoning with central stimulant drugs: an observational study from Oslo, Norway. *Int J Emerg Med* 15, 54 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00457-x>
- Johnson CF, Frei C, Downes N, McTaggart SA, Akram G. Benzodiazepine and z-hypnotic prescribing for older people in primary care: a cross-sectional population-based study. *Br J Gen Pract*. 2016 Jun;66(647):e410-5. doi: 10.3399/bjgp16X685213.
- Kang, M., Galuska, M.A., & Ghassemzadeh, S. (2023). Benzodiazepine Toxicity. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482238/>
- Liu S, O'Donnell J, Gladden RM, McGlone L, Chowdhury F. Trends in Nonfatal and Fatal Overdoses Involving Benzodiazepines - 38 States and the District of Columbia, 2019-2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021 Aug 27;70(34):1136-1141. doi: 10.15585/mmwr.mm7034a2.
- Lu CY, Chang CI, Huang HH, Yen DH. Clinical Predictors for Intensive Care Unit Admission in Patients With Benzodiazepines Poisoning in the Emergency Department. *J Acute Med*. 2018 Dec 1;8(4):168-178. doi: 10.6705/j.jacme.201812_8(4).0004.
- Lugoboni F, Mirijello A, Morbioli L, Arzenton E, Leone R, Faccini M, Casari R, De Cosmo S, Gasbarrini A, Addolorato G. Does high-dose benzodiazepine abuse really produce liver toxicity? Results from a series of 201 benzodiazepine monoabusers. *Expert Opin Drug Saf*. 2018 May;17(5):451-456
- Mehrpour, O., Akbari, A., Jahani, F., Amirabadizadeh, A., Allahyari, E., Mansouri, B., & Ng, P. C. (2018). Epidemiological and clinical profiles of acute poisoning in patients admitted to the intensive care unit in eastern Iran (2010 to 2017). *BMC Emergency Medicine*, 18(1). doi:10.1186/s12873-018-0181-6

- Moore C, Hammers J, Marshall P. Clonazolam intoxication case report: danger of designer benzodiazepines. *Am J Forensic Med Pathol.* 2022;43(4):372–375.
- Perkovic-Vukcevic Natasa, Vukovic-Ercegovic Gordana, Segrt Zoran, Djordjevic Snezana, Jovic-Stosic Jasmina. Benzodiazepine poisoning in elderly *Vojnosanitetski preglad.* 2016;73(3) doi: 10.2298/vsp141208025p.
- Peters, M.D.J., Marnie, C., Colquhoun, H. *et al.* Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. *Syst Rev* 10, 263 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01821-3>
- Schneider F, Weber-Papen S. [Psychiatric emergencies]. *Nervenarzt.* 2017 Jul;88(7):819-833.
- Sommerfeld-Klatta K, Łukasik-Głębocka M, Teżyk A, et al. Clonazolam a new designer benzodiazepine intoxication confirmed by blood concentration. *Forensic Sci Int.* 2020;310(1):110237.
- Soroosh, D., Zakariaei, Z., Azadeh, H., Tabaripour, R., & Banimostafavi, E. S. (2021). *Occurrence of hypoglycemia in patients with benzodiazepines poisoning: A cross-sectional study.* *Annals of Medicine and Surgery, 69,* 102772. doi:10.1016/j.amsu.2021.102772
- Syrjanen R, Greene SL, Castle JW, Di Rago M, Hodgson SE, Abouchedid R, Graudins A, Schumann JL. Non-fatal intoxications involving the novel benzodiazepine clonazolam: case series from the Emerging Drugs Network of Australia - Victoria project. *Clin Toxicol (Phila).* 2023 Apr;61(4):290-293. doi: 10.1080/15563650.2023.2183105
- Tan ST, Lo CH, Liao CH, Su YJ. Sex-based differences in the predisposing factors of overdose: A retrospective study. *Biomed Rep.* 2022 Jun;16(6):49. doi: 10.3892/br.2022.1532. Epub 2022 Apr 20. PMID: 35620313; PMCID: PMC9112373.
- The Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews. <https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf>
- Wallace IR, Campbell EC, Trimble M. Use of a flumazenil infusion to treat chlordiazepoxide toxicity. *Acute Med.* 2017;16(1):30-34. PMID: 28424803.

Considerações finais

A realização deste relatório permitiu reunir resumidamente as atividades desenvolvidas ao longo destas semanas de EC. Na sua elaboração procurei articular os conteúdos lecionados nas unidades curriculares com a componente prática, adotando para tal uma postura crítica e reflexiva, no sentido de potenciar o desenvolvimento de competências especializadas e de lhes dar consistência. Ao longo deste documento tive oportunidade de enfatizar ferramentas que considero essenciais no auxílio da tomada de decisão e de valorizar a construção de protocolos e normas que permitam uniformizar os cuidados alicerçados na melhor evidência científica. Para que esta experiência fosse enriquecedora, fui dedicada, humilde e recetiva, rumo a uma prestação de cuidados de saúde de excelência. Pois, as minhas características pessoais influenciaram toda esta aprendizagem a qual seria impossível sem a ajuda preciosa da equipa multidisciplinar, dos meus pares, desde os supervisores aos orientadores, com todos alcancei condições para que a concretização deste percurso de aprendizagem fosse uma realidade.

Referências bibliográficas

- ACSS, Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2019). Recomendações técnicas para a Sala de Emergência. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-deEmergencia.pdf>
- Alarcão, I. (1996). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. *Revista da Faculdade de Educação*, 22(2), 11-42.
- Albarran, J.W., & Saraiva, M. (2012). *Acute Kidney Injury - A Guide to Clinical Practice*. Acedido em: http://www.efccna.org/images/stories/publication/acute_kidney_injury_book.pdf;
- Almeida, E., Moreira, P. M., & Póvoa, P. (2020). *Métodos Dialíticos em Cuidados Intensivos*. Acedido em PortalEnf: <https://www.portalenf.com/2016/04/metodos-dialiticos-cuidados-intensivos/>;
- Amaral, P. M. F. (2017). Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (Master's thesis). Assembleia da República (2000). Lei n.º 7/2000. *Diário da República*, 1ª série, N.º 123. <https://files.dre.pt/1s/2000/05/123a00/24582458.pdf> Assembleia da República (2014). Lei n.º 15/2014. *Diário da República*, 1ª série, N.º 57. <https://files.dre.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>
- Apfelbaum, J. L., Hagberg, C. A., Caplan, R. A., Blitt, C. D., Connis, R. T., Nickinovich, D. G., ... Ovassapian, A. (2013). *Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway*. *Anesthesiology*, 118(2), 251–270. doi:10.1097/aln.0b013e31827773b2
- Batista, S.T.C., Capaz, J.M.G., & Ribeiro, P.C.P.S.V. (2019). O cuidar em humanidade: uma perspetiva confortadora Caring in Humanitude: a comforting perspective. *Servir*, Vol. 60, 1-2, 38-46.
- Borges, F., Bohrer, C., Bugs, T., Nicola, A., Tonini, N. & Oliveira, J. (2017) Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI- Adulto do Hospital Universitário Público. *Revista Cogitare Enfermagem*. Brasil. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.50306>
- Boudiab LD, & Kolcaba K. (2015). Comfort theory: unraveling the complexities of Veterans' health care needs. *Adv Nurs Sci*;38(4):270–8.
- C.F. Johnson, L.R. Barnsdale, A. McAuley, Investigating the Role of Benzodiazepines in Drug-Related Mortality: A Systematic Review Undertaken on Behalf of the Scottish National Forum on Drug-Related Deaths, NHS Health Scotland, Edinburgh, 2016.

- Castro MCF, Fuly PSC, Santos MLSC, Chagas MC. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:e20200311. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *Bmj*, 335(7612), 184-187.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). Dotações seguras, salvam vidas.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf
- Crawley, S.M., & Dalton, A.J. (2015). Predicting the difficult airway, *BJA Education*, Vol. 15, 5, 253–257, <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mku047>
- Cunha, M.CA., Schardonga, J., Righi, N.C., Lunardi, A.C. ..., & Carvalho, C.R.F. Impacto da pronação em utentes com COVID-19 e SDRA em ventilação mecânica invasiva: estudo de coorte multicêntrico. *J Bras Pneumol.*;48(2):e20210374
doi: <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20210374>
- DGS (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf
- DGS (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor).<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-econtrolo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>
- DGS (2014). Norma n.º 020/2014. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.
http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf
- DGS (2015a). Norma n.º 019/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-deprevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf>
- DGS (2015b). Norma n.º 021/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>

- DGS (2015c). Norma n.º 022/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoesde-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2022). 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Guia Orientador de Estágios.
- F.B. Peng, M. Li, Drug Abuse Manifesting as Persistent Hypoglycemia: A Case Report of Hidden Sulfonylurea Poisoning. Department of Medicine Posters, American College of Physicians (ACP) National Abstract Competition, Philadelphia, PA, 2018.
- Galicia, M. (2019). *Clinical relevance of ethanol coingestion in patients with GHB/GBL intoxication. Toxicology Letters*. doi:10.1016/j.toxlet.2019.07.001
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanitude: Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris, France: Armand Colin. Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanitude: Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa, Portugal: Medicina e saúde
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanitude, compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos*. Lisboa: Piaget Editora.
- Guerrero, M., & Mora, F. A. (2018). Poisonings and deaths caused by benzodiazepine drugs in costa rica, from 2007 to 2014. *MOJ Toxicology*,4(1), 34-37.
- Kolcaba, K. Y. (1994). *A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184. doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x
- Lin, Y., Zhou, Y. & Chen, C. (2023). Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults’ comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Syst Rev*; 12, 33. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>
- Meedter, K., Verspuy, M., Monsieurs, K., & Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192-1196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016>
- Meleis, AI. (1991). *Theoretical nursing: development and progress*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei n.º 104/98. Diário da República, 1ª série – A, N.º 93. <https://files.dre.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf> Ministério da Saúde (2011).

Decreto-Lei n.º 30/2011. Diário da República, 1ª série, N.º 43.

<https://files.dre.pt/1s/2011/03/04300/0127401277.pdf>

Ministério da Saúde (2013). Decreto-Lei n.º 121/2013. Diário da República, 1ª série, N.º 161.

<https://files.dre.pt/1s/2013/08/16100/0505205055.pdf>

Ministério da Saúde (2014). Despacho n.º 10319/2014. Diário da República, 2ª série, N.º

153. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, Ângelo, Gonçalves, C., Ribeiro, R. ., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Pain management in nursing practice in the emergency department. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(5e), 269–279.

<https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>

Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer conjunto n.º 01/2017 do conselho de enfermagem e mesa do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica sobre atribuição de responsável de turno.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018. Diário da República, 2ª série, N.º 135. 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.

<https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento nº 140/2019. Diário da República, 2ª série, N.º 26. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

<https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 743/2019. Diário da República, 2ª série, N.º 184. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018: 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. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações 2008. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Phaneuf, M. (2007). O conceito de Humanidade: Uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais (Translation N. Salgueiro). http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
- Pinto S, Caldeira S, Martins JC, & Rodgers B. (2017). Evolutionary analysis of the concept of comfort. *Holist Nurs Pract.*;31(4):243–52.
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Queiroz, P., Schulz, R., & Barbosa, J. (2017). Importância Da Tecnologia No Processo De Enfermagem Para O Tratamento De Feridas Crônicas. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 158. doi:10.17267/2317-3378rec.v6i2.1182
- Roussel, M., Chauvin, A., Le Borgne, P., Drogrey, M., Eyer, X., Hatabian, U., ... Freund, Y. (2021). Association between benzodiazepine outpatient treatment and risk of early seizure recurrence in emergency patients with seizure: A multicenter retrospective study. *Academic Emergency Medicine*, 28(8), 882–889. doi:10.1111/acem.14243

- Sampson, F. C., O’Cathain, A., & Goodacre, S. (2019). How can pain management in the emergency department be improved? Findings from multiple case study analysis of pain management in three UK emergency departments. *Emergency Medicine Journal*, 37(2), 85–94. doi:10.1136/emered-2019-208994
- Silva, D. & Silva, E. (2004). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 103–119.
<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/445/1/Ensino%20cl%c3%adnico.pdf>
- Silva, D. & Silva, E. (2004). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 103–119.
<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/445/1/Ensino%20cl%c3%adnico.pdf>
- Silva, M. C. F. M. (2019). Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar (Bachelor's thesis).
https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8788/1/PG_33611.pdf
- The Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews. <https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf>
- Vancayseele Nikita, Portzky Gwendolyn, van Heeringen Kees. Ebmeier Klaus., editor. Increase in Self-Injury as a Method of Self-Harm in Ghent, Belgium: 1987-2013 *PLOS ONE*. 2016 Jun 01;11(6) doi: 10.1371/journal.pone.0156711.
- Johnson CF, Frei C, Downes N, McTaggart SA, Akram G. Benzodiazepine and z-hypnotic prescribing for older people in primary care: a cross-sectional population-based study. *Br J Gen Pract*. 2016 Jun;66(647):e410-5. doi: 10.3399/bjgp16X685213.

APÊNDICES

ANEXOS

Anexo 1: Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA
SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência

Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Aveiro, abril de 2023

Lista de abreviatura e siglas	5
Introdução	7
1. Dados do projeto	8
2. Responsável pelo projeto	8
3. Identificar e descrever o problema	9
4. Perceber o problema	11
5. Objetivos	14
6. Perceber as causas	15
6.1. Dimensão em estudo	15
6.2. Unidades de estudo	15
6.3. Tipos de dados	16
6.4. Fonte de dados	16
6.5. Tipo de avaliação.....	16
6.6. critérios de avaliação	16
6.7. Quem colhe os dados.....	16
6.8. Relação temporal.....	16
6.9. População e amostra	17
6.10. Medidas corretivas	17
7. Planear e executar tarefas	18
7.1. Cronograma	19
7.2. Objetivo geral.....	20
7.3. Objetivos específicos	20
7.4. Indicadores.....	20
8. Resultados	21
9. Uniformizar e treinar a equipa	22
10. Reconhecer e partilhar o sucesso	23
Considerações finais	24
Referências Bibliográficas	25

Lista de abreviatura e siglas

ABFO American Board of Forensic Odontology

CHBV Centro Hospitalar Baixo Vouga

EF Enfermagem Forense

EPVA Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

SU Serviço de Urgência

Introdução

Os enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência têm uma oportunidade ímpar de colaborarem na identificação e encaminhamento das vítimas forenses, não só pelo facto de serem os primeiros a abordarem as vítimas de trauma e/ou violência, mas também porque são os que estão mais próximos e em maior permanência com o doente e família. Embora a prioridade absoluta seja sempre a abordagem rápida de emergência à vítima, existem alguns procedimentos que podem ser realizados no sentido de preservar vestígios, que podem ser de extrema importância para a investigação do caso, e que não interferem com a prestação de cuidados.

A problemática surge da dificuldade procedimental, com a qual se prende todo o processo que acompanha a cadeia de custódia, desde a identificação de possíveis vítimas à preservação e colheita de vestígios forenses. A inexistência de procedimentos claros e padronizados parece contribuir para o insucesso do processo, pelo que se revela de extrema importância que todos os intervenientes sejam devidamente formados quanto à conduta a adotar perante uma vítima forense.

Este projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem pretende constituir uma ferramenta fundamental de trabalho para os enfermeiros do serviço de urgência médico-cirúrgica do Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV), esperando-se uma melhoria na prática no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses.

Após esta introdução, serão descritos os responsáveis pela formulação deste projeto, bem como a identificação e a descrição do problema, os objetivos a alcançar, e as causas do mesmo. Posteriormente, abordar-se-á a forma como serão planeadas e executadas as tarefas, os resultados a alcançar e como se organizará a equipa para alcançar e partilhar o sucesso do mesmo.

1. Dados do projeto

- Nome: Recolha e preservação de vestígios forenses no Serviço de urgência (SU)
- Duração: 24 meses (12 meses de implementação + 12 meses de verificação de cumprimento)
- Unidade de cuidados: Serviço de Urgência médico-cirúrgica do CHBV

2. Responsável pelo projeto

- Enfermeiro responsável pela gestão do SU- Enfermeiro Francisco Agostinho
- Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Catarina Pinto
- Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Graça Tavares
- Estudante de Pós-Licenciatura de Especialidade e Mestrado em Enfermagem médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu Maria Loureiro
- Estudante de Pós-Licenciatura de Especialidade e Mestrado em Enfermagem médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu Pedro Santos

3. Identificar e descrever o problema

Sendo o CHBV uma instituição que pretende contribuir para a saúde e bem-estar através da prestação de cuidados de qualidade, de práticas clínicas integradas, da formação e da investigação, assumindo-se como uma instituição de referência no Serviço Nacional de Saúde, como um prestador de cuidados de excelência na região de Aveiro e um ótimo local para trabalhar no setor da saúde, é de extrema importância que os seus profissionais ofereçam aos seus utentes tudo o que beneficie a evolução dos seus processos clínicos, em qualquer uma das vertentes do mesmo (Centro Hospitalar Baixo Vouga, 2023).

Nesta perspetiva, o tratamento às vítimas de crime violento e de trauma não accidental é tido como uma prioridade. Assim, este projeto justifica-se pela melhoria assistencial que trará para esses utentes por parte da equipa de saúde do serviço de urgência, em especial dos enfermeiros, por via da formação, consciencialização e prática de cuidados de excelência.

A Enfermagem Forense (EF) é uma área de atuação que se ocupa dos problemas de saúde decorrentes dos processos de vida da pessoa, família e comunidade envolvidas em cenários de violência e violação dos direitos humanos ao longo do ciclo de vida. Acrescenta à prática clínica o índice de suspeita de lesões sugestivas de trauma não accidental e a salvaguarda de vestígios, fundindo a Enfermagem com as Ciências Forenses e articulando o processo científico de Enfermagem com o sistema legal, contribuindo para a concertação social e cultura de não violência (Regulamento nº 728/2021, 2021).

Para Gomes (2022), os enfermeiros do SU têm-se assumido cada vez mais como figuras chave no processo de recolha, preservação e armazenamento de vestígios. Por serem os profissionais de saúde que acompanham o doente desde a abordagem inicial até ao momento da alta do SU, encontram-se numa posição privilegiada no que diz respeito ao acesso a vestígios. Embora a prioridade seja sempre a assistência à vítima, pois a vida sobrepõe-se a qualquer procedimento forense, é preciso ter a noção de que é possível desenvolver esforços para que sejam conservados vestígios. Para tal, a premissa de que todos os doentes vítimas de trauma podem ser casos forenses, é de extrema importância, tendo conhecimento de como devem proceder para recolher e preservar os vestígios (Gomes, 2022).

No SU do CHBV, foram admitidos **xxxxx** doentes vítimas de grande traumatismo, queda, agressão durante o biénio 2020 – 2022. Assim, dado o número significativo de vítimas forenses que dão entrada no SU do CHBV, considera-se imprescindível que a equipa de enfermagem tenha as competências necessárias para preservar vestígios aquando da prestação de cuidados a estas vítimas no SU. Para tal, impõe-se implementar um projeto de melhoria assistencial que permita apurar as deficiências e corrigi-las.

4. Perceber o problema

Os crimes violentos e os traumas que lhe estão associados são um problema crescente ao nível da saúde pública e, cada vez mais, os enfermeiros do serviço de urgência, devem realizar procedimentos forenses com a responsabilidade de recolher, documentar, preservar e armazenar vestígios que podem ser usadas na investigação. Todavia, poucos enfermeiros têm formação para a recolha e preservação de vestígios forenses (Oliveira Musse et al., 2020).

Num estudo realizado por Ribeiro et al. (2021) foi constatado que a grande maioria dos enfermeiros reconheceu que possui poucos ou mesmo muito poucos conhecimentos acerca da forma correta de recolha e preservação de vestígios forenses. Da mesma forma, em algumas situações apesar dos enfermeiros demonstrarem conhecimentos acerca de um procedimento, não o executam em conformidade, podendo tal estar relacionado com a relatada falta de protocolos que delineiem ações ou mesmo pela falta de recursos materiais, como kits de colheita ou formulários de registo.

A criação de protocolos de colheita forenses, a criação de *kits* de colheita bem como a criação de formulários forenses que delineiem a atuação dos enfermeiros, são de capital importância para a garantia de segurança da possível prova e da prática da enfermagem como garantia do testemunho jurídico (Ribeiro et al., 2021). Estas conclusões e recomendações são corroboradas por outro estudo de Ferreira (2018) sobre conhecimento dos enfermeiros sobre práticas forenses no intra-hospitalar, este realizado no CHBV, com uma amostra de 103 enfermeiros da urgência geral, urgência pediátrica e urgência obstétrica/ginecológica. Também outros estudos homólogos alcançam semelhantes conclusões (Cruz, 2017; Gomes, 2016).

A enfermagem forense configura-se como uma especialidade que une o saber científico, destacando-se nas investigações de criminalidade, todavia, é necessário que o enfermeiro possua conhecimento científico para cumprir com sucesso essa responsabilidade, ou seja, que esteja na posse de conhecimento adequado que lhe permita identificar violência humana criminosa e, através da sua intervenção, cooperar na promoção da justiça (Gomes, 2022).

Esta área da enfermagem tem vindo progressivamente a adquirir mais reconhecimento, contudo, segundo Coelho et al. (2016), necessita ainda de uma maior

divulgação e formação dos profissionais de saúde nesta área, especialmente os enfermeiros do serviço de urgência, para que possam cooperar de forma eficaz na investigação médico-legal, concretizando de forma efetiva o processo de identificação de casos de violência, a recolha e preservação de vestígios forenses.

Estudos realizados neste âmbito são uníssonos ao considerarem a necessidade de haver um maior investimento na formação dos enfermeiros nesta área, sendo exemplo, o estudo de Machado (2019) que mostra que, apesar de ser abordado algum conteúdo na formação de base acerca desta temática, não são especificados os conceitos de enfermagem forense, evidência forense e como proceder à recolha e preservação dos vestígios forenses na prática. Também no estudo de Han & Lee (2022) é alcançada semelhante conclusão.

Um estudo realizado em enfermeiros de emergência de um hospital é perentório ao demonstrar que as lacunas formativas e a falta de protocolos são fatores preponderantes para a existência de erros no processo de colheita de vestígios e de quebras na cadeia de custódia, podendo isto estar a comprometer o correto tratamento das vítimas (Donaldson, 2022). Além disso, este estudo demonstrou ainda que existe uma relação muito limitada entre os enfermeiros e os profissionais forenses, comprometendo muitas vezes o trabalho cooperativo (Donaldson, 2022).

Os serviços de saúde são locais propícios para detetar e denunciar casos de violência, devendo o profissional de saúde, ao longo da entrevista clínica e/ou exame físico, estar atento aos indicadores que possam ser sugestivos desta realidade, quer no que respeita à vítima, quer no que se refere aos potenciais agressores. (DGS, 2016)

Os enfermeiros do SU devem assim estar orientados para a identificação, recolha, armazenamento e preservação de todos os vestígios relacionados com lesões ou crimes, pois as falhas nesses processos podem comprometer qualquer análise pericial (Oliveira Musse et al., 2020). É, portanto, necessário que seja mantida a cadeia de custódia sem colocar em risco a integridade do processo judicial destas vítimas. Para Silva et al. (2022), os enfermeiros são os profissionais melhor posicionados para assumir essa função. É de salientar que a responsabilidade do enfermeiro em registar de forma fidedigna as observações e as intervenções efetuadas, está prevista na lei. (Lei n.º 156/2015, 2015)

A elaboração deste projeto assenta na premissa estabelecida pela Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (2015), de contribuir para o crescimento e consolidação da enfermagem forense em Portugal, definindo como objetivos: contribuir para a formação técnico-científica dos enfermeiros em enfermagem forense; apoiar e

divulgar a investigação em enfermagem forense; fomentar a formação na área e respetiva acreditação; promover a formação na área da medicina legal e ciências forenses, visando a inclusão de unidades curriculares no curso base de licenciatura em enfermagem e em cursos de pós-graduação; criar/instituir protocolos de cooperação com as várias associações e/ou entidades e fomentar a qualidade dos cuidados de enfermagem forense.

5. Objetivos

- Uniformizar a prática clínica com base na evidência quanto à recolha, preservação e não contaminação de vestígios forenses no SU;
- Normalizar a prática clínica de modo a evitar a contaminação da cadeia de custódia e/ou a destruição de vestígios forenses;
- Sistematizar os registos de enfermagem sobre as colheitas de forma a terem viabilidade jurídica, com a garantia da salvaguarda do enfermeiro.

6. Perceber as causas

Dado o crescente número de vítimas forenses que dão entrada no SU do CHBV, considera-se imprescindível que a equipa de enfermagem tenha as competências necessárias para preservar vestígios forenses (passíveis de investigação judicial) aquando da prestação de cuidados a estas vítimas no SU. Importa assim apurar se todos os casos merecedores de tratamento forense estão a receber esse tipo de atenção por parte da equipa de enfermagem. Além disso, é importante indagar acerca da forma como esse tratamento é aplicado, percebendo se cumpre com as melhores práticas e orientações. Por fim, tratar-se-á essa informação, procurando eventuais causas para procedimentos menos corretos, por forma a implementar medidas corretivas.

Por forma a concretizar o exposto, proceder-se-á à aplicação de um questionário/lista de verificação acerca das práticas implementadas pelos enfermeiros do serviço (Apêndice I). Este basear-se-á na norma de recolha e não contaminação de vestígios forenses no SU, do CHBV (instrução de trabalho **XXX**) (**Anexo I**). Após preenchimento do questionário por parte dos enfermeiros, proceder-se-á ao tratamento dos dados e posterior interpretação.

6.1. Dimensão em estudo

As dimensões em estudo serão o cumprimento e aplicabilidade da norma de recolha e não contaminação de vestígios forenses no SU e a adequação técnico-científica dos procedimentos implementados.

6.2. Unidades de estudo

Enfermeiros do SU do CHBV.

6.3. Tipos de dados

Os dados recolhidos, serão para produção de indicadores de trabalho.

6.4. Fonte de dados

As fontes de dados são relativas ao movimento de doentes no SU em cuidados de enfermagem forense, registos em processo e lista de verificação para avaliação da aplicabilidade de procedimentos.

6.5. Tipo de avaliação

A avaliação será interna e realizada pela equipa responsável pelo projeto e pela chefia do serviço. Portanto auditoria interna e interpares.

6.6. Critérios de avaliação

Os critérios de avaliação prendem-se com o cumprimento ou não cumprimento dos procedimentos inscritos na norma de recolha e não contaminação de vestígios forenses no SU.

6.7. Quem colhe os dados

A recolha de dados é feita através da lista de verificação para avaliação da aplicabilidade de procedimentos, por parte das enfermeiras responsáveis pelo projeto.

6.8. Relação temporal

Avaliação prospetiva anual

6.9. População e amostra

Amostra seletiva: Enfermeiros que exercem a sua atividade no SU da referida instituição, que prestaram cuidados a vítimas cuja situação envolveu a recolha e preservação de vestígios forenses.

6.10. Medidas corretivas

Preveem-se mudanças educacionais e estruturais.

7. Planear e executar tarefas

A implementação do projeto no serviço irá ser um processo gradual:

- Efetuar um diagnóstico de situação para avaliar a aplicação das normas de recolha e tratamento de vestígios forenses;
- Elaborar um relatório após tratamento e análise dos dados;
- Formar todos os enfermeiros do SU acerca da Instrução de Trabalho;
- Avaliar anualmente a aplicação das normas de recolha e tratamento de vestígios forenses, elaborando relatórios anuais e dando formação contínua acerca de aspetos a melhorar.

7.1. Cronograma

	2023	2024		2025	2026 e seguintes
	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	1º Semestre
Efetuar um diagnóstico de situação para avaliar a aplicação das normas de recolha e tratamento de vestígios forenses;	X				
Elaborar um relatório após tratamento e análise dos dados	X				
Formar todos os enfermeiros do SU acerca da Instrução de Trabalho		X	X		
Avaliar anualmente a aplicação das normas de recolha e tratamento de vestígios forenses, elaborando relatórios anuais e dando formação contínua acerca de aspetos a melhorar.				X	X

7.2. Objetivo geral

Uniformizar a recolha e preservação de vestígios forenses no SU.

7.3. Objetivos específicos

- Enquadrar a equipa de enfermagem do SU sobre as implicações legais da preservação de vestígios forenses;
- Normalizar a prática clínica de modo a evitar a contaminação da cadeia de custódia e/ou a destruição de vestígios forenses;
- Sistematizar os registos de enfermagem sobre as colheitas de forma a terem viabilidade jurídica, com a garantia da salvaguarda do enfermeiro.

7.4. Indicadores

Número de enfermeiros que cumpre com as normas de recolha e preservação de vestígios forenses, multiplicado por 100, sendo que 80% é uma meta desejável.

Número de itens com tratamento adequado na recolha e preservação de vestígios forenses, multiplicado por 100, sendo que 80% é uma meta desejável.

8. Resultados

O projeto encontra-se para implementação do SU de CHBV.. Após a formação em serviço, será posteriormente aplicado o instrumento de recolha de dados para avaliação dos indicadores de conformidade de recolha e tratamento de vestígios forenses.

9. Uniformizar e treinar a equipa

Será dada formação a toda a equipa acerca de recolha e tratamento de vestígios forenses, dado a conhecer o procedimento da metodologia do trabalho do enfermeiro em contexto de vítima forense, para uniformizar atitudes e comportamentos na recolha de preservação de vestígios forenses.

Será avaliada a aplicação dessas normas.

Posteriormente a esta avaliação, será dado conhecimento dos resultados aos profissionais para que atitudes e comportamentos sejam melhorados.

10. Reconhecer e partilhar o sucesso

Os resultados serão divulgados na intranet do CHBV, dado assim mais visibilidade à prestação de cuidados pela equipa de enfermagem do SU.

Considerações finais

Com este projeto pretende-se que a vítima forense ao longo de todo o seu processo, beneficie de um tratamento distinto, personalizado e baseado em orientações técnico científicas que permitirá a recolha e preservação de vestígios forenses, passíveis de ser utilizados judicialmente no esclarecimento de um possível crime. Esta atuação, além de contribuir para a proteção da vítima e dos restantes intervenientes, garante a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Enfermagem Forense. (2015). Padrões de aptidão do Enfermeiro Forense. <http://apeforense.blogspot.com/2015/05/padroes-de-aptidao-do-enfermeiro-forense.html>
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga. (2023). *Missão e Visão*. <https://www.chbv.min-saude.pt/conselho-de-administracao/missao-e-visao/>
- Coelho, M., Cunha, M., Libório, R., (2016). Impacto da formação em Ciências Forenses. *Servir*, 59(1), 27-33. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4068>
- Cruz, C. M. P. C. (2017). *Práticas e conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses* [Dissertação de mestrado]. Escola Superior de Saúde de Coimbra. [file:///C:/Users/pedro/Downloads/D2016_10001822012_21316010_2%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/pedro/Downloads/D2016_10001822012_21316010_2%20(2).pdf)
- Direção Geral de Saúde (2016). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
- Ferreira, C. M. E. (2018). *Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses no intra-hospitalar* [Dissertação de mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5061>
- Gomes, A. (2022, janeiro). *Enfermagem Forense no Serviço de Urgência*. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/357630525_ENFERMAGEM_FORENSE_NO_SERVICO_DE_URGENCIA

- Gomes, C. I. A. (2016). *Preservação de Vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/81407>
- Han, M., & Lee, N. J. (2022). Forensic nursing in South Korea: Assessing emergency nurses' awareness, experience, and education needs. *International emergency nursing*, 65, 101217. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101217>
- Donaldson, A. E. (2022). Forensic professional's thoughts on New Zealand emergency nurse's forensic science knowledge and practice. *International emergency nursing*, 62, 101151. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101151>
- Silva R. X., Ferreira, C. A. A., Sá, G. G. M., Souto, R. Q., Barros, L. M., Galindo-Neto, N.M. (2022). Preservation of forensic traces by Nursing in emergency services: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e3540. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3540>
- Lei n.º 156/2015. (2015, setembro 16). Aprova a 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*, 1(181), pp. 8059-8105. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Machado, B. P. (2019). *Conhecimento em enfermagem forense dos estudantes de enfermagem: um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciência Médicas Abel Salazar. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/121419/2/343963.pdf>
- Oliveira Musse, J., Santos, V. S., Silva Santos, D., Santos, F. P., & Melo, C. M. (2020). Preservation of forensic traces by health professionals in a hospital in Northeast Brazil. *Forensic science international*, 306, 110057. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2019.110057>

Regulamento nº 728/2021. (2021, agosto 5). Aprova o regulamento da competência acrescida diferenciada em Enfermagem Forense. Diário da República, 2(151), pp. 173-187.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23526/regulamento_7282021.pdf

Ribeiro, V.; Dias, A.; Coelho, M. (2021). *Conhecimentos e práticas dos enfermeiros de serviços de urgência sobre recolha e preservação de vestígios forenses* [Relatório Final]. Escola Superior de Saúde de Viseu.
<https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/7023>

Apêndices

Apêndice I – Questionário/Lista de verificação sobre práticas dos enfermeiros na recolha e não contaminação de vestígios forenses

RECOLHA E NÃO CONTAMINAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES					
Área de Intervenção	Procedimento / Atuação	Executado	Executado parcialmente	Não executado	Não aplicável
Material necessário	Escala <i>American Board of Forensic Odontology</i> (ABFO)				
Princípios básicos	Ambiente Seguro / EPI's				
	Privacidade				
	Regista e documenta procedimento				
	EPVA incluída				
	Consentimento da vítima / requisição medicina legal ou autoridade				
	Manutenção material de abordagem à vítima pós morte				
	Contacta com agentes da autoridade				
	Acondicionamento de amostras				
Testemunhas	Documenta nomes de todas as pessoas que estiveram em contacto com a vítima no extra-hospitalar e no SU.				
Intoxicação	INV - recolha de amostra e registo das características do drenado gástrico				
Vítima de acidente de viação	Colheita de sangue conforme procedimento				
Mãos	Respeita locais de punção				
	Não lava as mãos da vítima				
	Protege as mãos da vítima				
	Identifica em notas de enfermagem o local das punções				

Roupa / Sapatos	Tratamento adequado do despido				
	Sela individualmente cada peça e correta identificação profissional				
Fluídos corporais	Pesquisa adequada de cavidades corporais				
	Técnica e identificação correta da colheita				
	Entrega das amostras à autoridade policial				
Vítimas com laço	Corte adequado do laço				
	Não desfaz o nó /não corta				
	Armazenamento adequado do nó				
	Registo das características do sulco deixado pelo laço				
Lesões, feridas	Descrição detalhada				
	Material de proteção da lesão armazenada como vestígios				
	Registo fotográfico				
Lesões causadas por arma de fogo	Não intervem nos orifícios de arma de fogo em cadavers (exceto, se orifícios hemorrágicos)				
Arma de fogo e balas	Não limpa o projectil				
	Não escreve no projectil;				
	Não coloca etiqueta no projectil				
	Arma em envelope de papel				
	Recolha e acondicionamento e identificação adequada de projecteis				
Abuso sexual Ver Protocolo (IT.GRL.001.02) do CHBV: "Atuação perante	Abordagem da vítima por dois profissionais de categorias diferentes e do mesmo género da vítima				

<i>vítima de agressão sexual</i>	Informa a vítima dos procedimentos a evitar				
	Verificação do estado vacinal				
	Contraceção de emergência				
	Profilaxia das Infecções sexualmente transmissíveis				
Outros vestígios	Recolha e armazenamento de insetos				
	Documentação dos odores				
	Recolha de todas as partículas				
Morte suspeita no su	Proteção do local e contacto com autoridade				
	Manutenção do corpo e material de intervenção				
	Preservação dos conteúdos drenados				
	Isolamento social do cadáver				
Registos em notas de enfermagem	Referência adequada à vítima e evicção de caracterizações cronológicas				
	Registo de todas as intervenções				
	Documenta os de resíduos na pele				
	Documenta a aparência geral da vítima				
	Documentação de odores				
	Documenta comportamento da vítima/ agressor				
	Documenta locais das intervenções realizada				
	Identifica localização das lesões				
	Descreve cada lesão				
Efetua registo de todos os vestígios armazenados					

