



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica, 7.ª edição

Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

**Perfil (nível de risco clínico e índice de gravidade de
trauma) da pessoa vítima de acidente de viação
admitida no serviço de urgência**

Inês João Rodrigues Trigo



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

**7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA, 7.ª Edição**

Estágio com Relatório Final de estágio em contexto de
Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

**Perfil (nível de risco clínico e índice de gravidade de trauma)
da pessoa vítima de acidente de viação no serviço de
urgência**

Inês João Rodrigues Trigo

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Doutor Olivério Ribeiro
Especialista Mauro Coelho

Fevereiro 2022

Agradecimentos

Para a realização de todo o caminho percorrido ao longo do trabalho desenvolvido, com trajetos por vezes tumultuosos face a vários condicionalismos, a minha profunda gratidão a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, me apoiaram e não se esqueceram da minha existência.

Ao Professor Doutor Olivério Ribeiro e ao Enfermeiro Especialista Mauro Coelho, pela paciência, orientação e disponibilidade incondicional demonstrada ao longo deste percurso. Agradeço-lhes por terem confiado que seria capaz de levar a bom rumo este desafio. Agradeço-lhes ainda pela demonstração de um Profissionalismo de Excelência, o que nunca esquecerei.

Aos meus Pais pelos valores e educação transmitidos, pelo carinho, disponibilidade para ouvir os meus desabafos e inigualável ajuda que me deram. Estes sempre foram e serão o meu “Porto Seguro”.

Aos Enfermeiros Tutores pela sua disponibilidade e amabilidade durante os estágios.

Agradeço a todos os profissionais do Serviço de Urgência e da Unidade de Cuidados Intensivos, que sempre acreditaram que era possível e me deram força para concluir este percurso, agradeço a sua disponibilidade e acolhimento.

A todos os que se cruzaram no meu caminho, nomeadamente colegas e professores, que me apoiaram em momentos de cansaço, só facilitado pela vossa presença e apoio.

Obrigada!

Resumo

Introdução: A prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica necessita que se desenvolvam competências comuns e específicas perante a pessoa em situação crítica a vivenciar processos complexos, nomeadamente dar resposta às suas necessidades afetadas, de forma a manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, visando sempre a sua recuperação total tão rápido quanto possível. Nesse contexto, os estágios realizados foram exemplo de uma prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, baseados na melhor evidência disponível, o que serviu de mote para uma investigação sobre o perfil da pessoa vítima de trauma no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal.

Objetivo: Evidenciar as competências específicas adquiridas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e avaliar o perfil da pessoa vítima de trauma no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal.

Métodos: Estudo quantitativo, de coorte retrospectivo, descritivo e correlacional, com recolha de dados clínicos para identificar o perfil de características diferenciadoras das pessoas vítimas de trauma no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal. A recolha de dados abrange os episódios de urgência cuja etiologia seja o trauma, de janeiro a julho de 2020, através da informação a obter pelo Sistema de Informação Alert®, perfil administrativo e consulta dos episódios de urgência, após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, suportada numa grelha elaborada para a recolha de dados.

Resultados: Predomínio no género masculino (60,6%), com média de idade de 46,72 anos, maior prevalência de admissões no mês de fevereiro (22,9%), no turno da manhã (45,0%) e nas sextas-feiras (19,1%), maior atribuição na prioridade urgente (56,6%), fluxograma prevalecente foi o grande traumatismo (72,8%), com um discriminador mais presente de dor moderada (45,3%), como principal diagnóstico o acidente de viação (n=152; 41,0%), com automóvel (67,9%). O nível de risco clínico mais prevalente foi o risco moderado, em 94,7%, com distribuição também mais elevada para ambos os géneros.

Conclusão: A partir da análise crítica dos dados obtidos, pretende-se dotar uma abordagem de enfermagem especializada e sistematizada, com conseqüente sobrevida da pessoa vítima de trauma e com o intuito de otimizar os cuidados de enfermagem prestados.

Palavras-chave: Trauma; Acidente de viação; Risco clínico; Índice de gravidade de trauma; Serviço de Urgência

Abstract.

Introduction: Specialized practice in Medical-Surgical Nursing requires the development of common and specific skills for people in critical situations to experience complex processes, namely to respond to their affected needs, in order to allow themselves to maintain basic life functions, prevent complications and limit disabilities, always aiming for full recovery as quickly as possible. In this context, the internships performed were an example of high quality health care provision, based on the best available evidence, which served as the basis for an investigation into the profile of trauma victims in the emergency department of a hospital in the central region of Portugal.

Objective: Highlight the specific skills acquired in Medical-Surgical Nursing in the area of the person in critical condition and assess the profile of the person victim of trauma in the emergency department of a hospital in the central region of Portugal.

Methods: Quantitative, retrospective, descriptive and correlational cohort study, with clinical data collection to identify the profile of differentiating characteristics of trauma victims in the emergency department of a hospital in the central region of Portugal. Data collection covers emergency episodes whose etiology is trauma, from January to July 2020, through information to be obtained by the Alert® Information System, administrative profile and consultation of emergency episodes, after applying the inclusion criteria and exclusion, supported by a grid designed for data collection.

Results: Predominance in males (60.6%), with a mean age of 46.72 years, higher prevalence of admissions in February (22.9%), in the morning shift (45.0%) and on Fridays. fairs (19.1%), the highest attribution in the yellow priority (56.6%), the prevailing flowchart was major trauma (72.8%), with a more present discriminator of moderate pain (45.3%), as the main diagnosis the road accident (n=152; 41.0%), with a car (67.9%). The most prevalent clinical risk level was moderate risk, at 94.7%, with a higher distribution for both genders.

Conclusion: From the critical analysis of the data obtained, it is intended to provide a specialized and systematized nursing approach, with consequent survival of the trauma victim and with the aim of optimizing the nursing care provided.

Keywords: Trauma; Road accident; Clinical risk; Trauma severity index; Emergency Service

Sumário

Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos	15
Introdução	17
Parte I	21
1.Estágio em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos	23
1.1.Competências comuns adquiridas	24
1.1.1.Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	24
1.1.2.Competência no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	27
1.1.3.Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados.....	30
1.1.4.Competências do Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ...	32
1.2.Competências específicas adquiridas	33
1.2.1.Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	34
1.2.2.Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	40
1.2.3.Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.....	42
1.3.Evidência das atividades realizadas.....	45
1.4.Avaliação por competências.....	63
Referências Bibliográficas.....	67
Parte II.....	71
2. Perfil da pessoa vítima de trauma de acidente de viação admitida no serviço de urgência	73
Introdução	75
1.5.Enquadramento teórico	76
2.1. Métodos.....	80
2.2.1. Participantes	80
2.2.2. Instrumento de recolha de dados	81
2.2.3. Procedimentos éticos.....	83
2.2.4. Análise estatística.....	83
1.4. Discussão.....	97
2.5. Conflito de Interesses.....	100

Referências Bibliográficas.....	101
Apêndice II: Modelo de passagem de turno	133
Apêndice III – Protocolo de registo do peso do doente na UCIP	137
Anexos.....	141
Anexo I: Instrumento de recolha de dados.....	143
Anexo II: Deliberação Comissão de ética para a Saúde e Conselho de Administração do CHTV para realização do estudo.....	147

Lista de Tabelas

Tabela 1: Estatísticas da idade em função do género.....	81
Tabela 2: Caracterização das variáveis sociodemográficas em função do género.....	81
Tabela 3: Estatísticas relativas ao Índice de Gravidade de Trauma e Risco Clínico em função do género.....	85
Tabela 4: Estatísticas relativas ao nível de Risco Clínico e Índice de Gravidade de Trauma em função do género	86
Tabela 5: Estatísticas relativas ao Índice de Gravidade de Trauma e score de Risco Clínico em função do género	86
Tabela 6: Resultados do teste Kruskal-Wallis U de Mann-Whitney entre o Índice de Gravidade de Trauma, o Risco Clínico e as variáveis sociodemográficas.....	87
Tabela 7: Resultados do teste Kruskal-Wallis U de Mann-Whitney entre o Índice de Gravidade de Trauma, o Risco Clínico e as variáveis de contexto	89
Tabela 8: Resultados do teste Kruskal-Wallis U de Mann-Whitney entre o Índice de Gravidade de Trauma, o Risco Clínico e as variáveis de contexto clínico.....	93
Tabela 9: Resultados da Correlação de Spearman entre o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma	95
Tabela 10: Regressão múltipla entre o tempo desde a triagem à primeira observação médica e o risco clínico.....	96

Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos

ADR	Área de Doentes Respiratórios
APACHE	<i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPS	<i>Behavioral Pain Scale</i>
CHTV	Centro Hospitalar Tondela-Viseu
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CMEMC	Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direção Geral de Saúde
DR	Diário da República
EAM	Enfarte agudo do miocárdio
ECG	Electrocardiograma
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica
EEMC	Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESCID	Escala de <i>Campbel</i> Modificada
ESO	<i>European Stroke Organization</i>
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
EVA	Escala Visual Analógica
FiO2	Fração Inspiratória de Oxigénio
HDVVC	Hemodiafiltração Venovenosa Contínua
HSD	Hematoma Aúbdual
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MS	Ministério da Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PAM	Pressão Arterial Média
PAV	Pneumonia associada a Ventilador
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PHEE	Plano Hospitalar de Emergência Externa

PIC	Pressão Intracraniana
PPC	Pressão de Perfusão Cerebral
PPCIRA	Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
RCT	Estudos Controlados Randomizados
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SAPS	<i>Simplified Acute Physiology Score</i>
SAV	Suporte Avançado de Vida
SE	Sala de Emergência
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SOFA	Sequential Organ Failure Assessment
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TCE	Trauma Craneoencefálico
TET	Tubo Endotraqueal
TM	Trauma dos Membros
TVM	Trauma Vertebro-Medular
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
VM	Ventilação Mecânica
VVAVC	Via Verde Acidente Vascular Cerebral
VVC	Via Verde Coronária

Introdução

O presente relatório surge no âmbito do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (CMEMC), da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), do Politécnico de Viseu, integrado na unidade curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos. Tem como principal objetivo descrever o percurso em ambos os estágios, tendo por base uma apurada reflexão crítica e fundamentada, demonstrando o desenvolvimento das competências especializadas adquiridas, face às atividades realizadas em conformidade com o que o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, no regulamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

Os estágios decorreram no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), ao longo de dezoito semanas, sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha e do Professor Doutor Olivério Ribeiro.

A área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na vertente da pessoa em situação crítica tem como alvo os cuidados de enfermagem à pessoa quer em situação de urgência e/ou emergência quer em intensivismo. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018).

Este relatório tem como objetivos, citando o guia orientador de estágios:

- Identificar uma problemática de estudo empírico cujos resultados constituam evidências científicas para a prática de enfermagem especializada em médico- cirúrgica;
- Reconhecer o estado de desenvolvimento da arte relativamente ao tema em estudo;
- Recolher os dados, observando rigor metodológico, princípios científicos e normas / critérios ético-legais;

- Elaborar um relatório final que incorpore os resultados de investigação na prática de cuidados e delinear propostas que se traduzam em ganhos em saúde (Guia orientador de estágios, [ESSV], 2020, p.9).

O trauma é considerado um problema de saúde pública, com destaque a nível mundial, pelo impacto na mortalidade e morbilidade da população em geral, incapacidade e diminuição da qualidade de vida, pela repercussão económica e social, bem como pela procura constante dos serviços de urgência por vítimas de trauma (Almeida, Ribeiro, Paes, Mota & Príncipe, 2020). Os acidentes de viação são a principal causa de morte violenta e de trauma (Mateus, Martins, Thalles, Garcez, Lucimário, Silva & Lopez, 2020). A nível mundial, aproximadamente 1.3 milhões de pessoas morrem a cada ano em consequência de acidentes de viação. Em Portugal, no ano de 2019, foram múltiplos os atendimentos nos serviços de urgência motivados por lesões provocadas por acidente, sendo que 2.492 pessoas vieram a falecer (INE, 2021).

No intuito de procurar novos conhecimentos que fundamentem boas práticas sobre esta problemática, emergem algumas questões que pretendemos dar resposta. Assim elaborámos as seguintes questões gerais de investigação:

- **Qual o nível de risco clínico mais prevalente das vítimas de trauma por acidente de viação assistidas no serviço de urgência?**
- **Qual o índice de gravidade de trauma das vítimas de trauma por acidente de viação assistidas no serviço de urgência?**

Por forma a obter resposta a estas questões orientadoras, foram definidos os seguintes objetivos gerais: determinar o nível de risco clínico e o índice de gravidade de trauma mais prevalente nas vítimas de trauma por acidente de viação assistidas no serviço de urgência, através de um estudo de natureza quantitativa, com coorte transversal e foco retrospectivo.

No sentido de estruturar o corpo do relatório, este está organizado em duas partes. Na primeira realiza-se uma abordagem aos estágios em contexto de urgência e em contexto cuidados intensivos, descrevendo as atividades desenvolvidas e a aquisição de competências específicas face ao cuidado da pessoa em situação crítica. Na segunda, é apresentada a investigação sobre o perfil da vítima de trauma admitidas no serviço de urgência. A investigação desenvolvida teve em conta os objetivos definidos para o trabalho de investigação nomeadamente as implicações para a prática clínica, com particular destaque para a obtenção de ganhos em saúde.

Apresentam-se em apêndices todos os trabalhos desenvolvidos durante os estágios, com o intuito de contribuir para conhecimento novo e desenvolvimento da prática especializada nos campos de estágio.

No presente relatório foram expugnados como referência na elaboração o guia orientador de trabalhos escritos, 2021 da ESSV (ESSV, 2021) e o *Publication manual of the American Psychological Association*, 7ª edição, para uniformização de citações e referências bibliográficas.

Ressalvo que os nomes que constam do presente relatório, foram utilizados tendo o consentimento verbal dos intervenientes.

Parte I

1. Estágio em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos

Os estágios constituem-se como espaços de oportunidades dado que “coloca em diálogo dois espaços formativos na mediação entre teoria e experiência, com efeitos na construção do conhecimento profissional” (Cunha, Macedo & Vieira, 2017, p. 66). São momentos de especial potencial formativo, em que a experiência se constitui em saber, através de um processo reflexivo constante sobre as práticas desenvolvidas. Silva & Silva (2016) sustentam que os estágios complementam a formação teórico-prática em contextos concretos, no caso específico na Urgência Polivalente e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, revestindo-se de grande importância, pois permitem o desenvolvimento de capacidades para a prática de enfermagem num patamar de perito, uma vez que permitem “a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho” (Silva & Silva, 2016, p. 103). Na interação entre o estudante, a formação e o contexto de estágio é que os processos formativos têm todo o potencial para o desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo.

Os estágios são parte integrante e de suprema relevância nos currículos dos cursos superiores de enfermagem, nomeadamente nos cursos de especialização, contribuindo para o desenvolvimento das capacidades técnicas e competências inerentes à profissão de enfermagem. Os autores supracitados afirmam que o ensino clínico em enfermagem engloba diferentes espaços de formação, cada um com responsabilidades e especificidades fundamentais para o processo de formação, sempre tendo como base o conhecimento teórico ministrado pela escola. “É no agir em situação que se desenvolvem as competências” (Silva & Silva, 2016, p. 105) e que se promove e consolida a *praxis* de enfermagem.

Os estágios têm por objetivo proporcionar o contacto com a realidade prática de enfermagem e promover a aplicabilidade das aprendizagens teóricas adquiridas, possibilitando a expressão da identidade profissional e o aperfeiçoamento do trabalho como uma especialidade. As aprendizagens realizadas em contexto formativo são relevantes para a preparação dos estudantes para a prática, no caso concreto para uma prática especializada, através da qual eles produzam conhecimento e aprendam a lidar com a natureza complexa, indeterminada e única da sua profissão de enfermeiro especialista suportado por uma formação de natureza reflexiva.

Esta primeira parte incide sobre os estágios realizado no SUP e na UCIP do CHTV.

1.1. Competências comuns adquiridas

A competência pode ser definida como a capacidade de recrutar e conciliar os três domínios do saber, nomeadamente o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser, no intuito de atuar em situações complexas. Esta não resulta somente do somatório dos saberes, mas também pela combinação dos domínios do saber, sendo que cada um se modifica na relação com os outros (Boterf, 2015).

As competências comuns adquiridas como futura Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tiveram como constructo basilar as competências comuns do Enfermeiro Especialista, tendo por base o Regulamento n.º140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, emanado pela Ordem dos Enfermeiros.

O enfermeiro especialista detém conhecimentos aprofundados num domínio específico da enfermagem, sendo neste caso a área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. Contudo, independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A OE define “domínio de competência” como “uma esfera de ação” que “compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Regulamento 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). As competências comuns dos enfermeiros especialistas assentam em quatro domínios de competência, sendo eles:

1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
2. Domínio da melhoria contínua da qualidade;
3. Domínio da gestão dos cuidados;
4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento 140/2019, 6 de fevereiro de 2019).

Neste capítulo pretendo descrever as competências desenvolvidas, identificar as dificuldades e as estratégias estabelecidas para as ultrapassar sobre a forma de análise reflexiva e tendo por base os referenciais teóricos. As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área, apresentando quatro domínios que serão explorados em cada subcapítulo.

1.1.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A enfermagem é uma profissão autorregulada, sendo o seu exercício fundamentado por princípios éticos e deontológicos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

No domínio da competência comum do enfermeiro especialista, responsabilidade profissional, ética e legal, segundo o Regulamento n.º 140/2019, é espectável que o enfermeiro desenvolva uma prática especializada, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Atendendo ao Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019 (p. 4745), no âmbito deste domínio estruturam-se duas competências, nomeadamente: “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

No intuito de prestar cuidados de enfermagem de qualidade é fulcral a promoção da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019). Nesta linha de pensamento, na minha ótica, para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é necessário o conhecimento da estrutura física e dinâmica organizacional. Assim, para a aquisição desta competência, delinee a consecução do objetivo específico, tanto no estágio na UCIP como no SUP: *Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do Serviço de Urgência e da Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Tondela Viseu, os recursos humanos e materiais.*

Para a persecução do objetivo específico definido foi fundamental a observação de todos os circuitos da UCIP e do SUP do CHTV, conhecendo os respetivos espaços físicos e organização, sendo, portanto, fundamental o conhecimento da equipa multiprofissional, da estrutura física, da dinâmica organizacional e funcional dos contextos de estágio, de modo a possibilitar a melhor integração possível, pelo que passo a descrever e a refletir sobre as atividades que permitiram validar a aquisição de competências especializadas.

Os primeiros turnos foram dedicados ao reconhecimento do espaço físico, para entender os circuitos e os espaços existentes, assim como a identificação nos locais dos diversos materiais e equipamentos; consulta de normas e protocolos de atuação existentes específicos em cada local e familiarização com a dinâmica das equipas que me acolheram durante o processo de formação, por forma a desenvolver capacidades que me facilitaram na prestação de cuidados, salvaguardando a qualidade e a segurança do doente.

Em ambos os estágios envolvi-me na equipa multidisciplinar, demonstrando disponibilidade, curiosidade e proatividade na prestação de cuidados ao longo dos turnos, de uma forma gradual e ativa. Na minha opinião uma boa integração facilita sempre a nossa prestação, como tal considero ter tido uma rápida integração nas equipas multidisciplinares, contando com a ajuda dos enfermeiros tutores e restante equipa multidisciplinar. A minha

postura cursou sempre com uma atitude empática, aberta a novos conhecimentos e de interajuda quer com os profissionais quer com os utentes.

De acordo com o REPE, publicado no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos (OE, 2019).

Tendo em conta o contexto dos estágios irei destacar alguns princípios e deveres do enfermeiro, no âmbito profissional, ético e legal, que foram alvo da minha reflexão.

O artigo 107º - Do respeito pela intimidade explanado no Código Deontológico publicado no Estatuto da OE (2015, p. 85) refere que devemos salvaguardar nas demais situações, na supervisão das tarefas que delegamos, a privacidade e a intimidade da pessoa. Tendo em conta os constrangimentos físicos e por vezes organizacionais do SUP e da UCIP, nem sempre é fácil assegurar a privacidade e a intimidade da pessoa doente, contudo tive sempre em atenção esta questão. Durante os estágios tentei sempre garantir essas condições, tendo como exemplos: cobrir as partes do corpo que não precisam de ficar expostas, a utilização de vestuário adequado, a limitação de pessoas no serviço aquando prestação de cuidados e o fechar das portas das diferentes áreas funcionais aquando da prestação de cuidados. Considero que este meu cuidado pela privacidade e intimidade da pessoa, demonstra uma prática crítica e reflexiva na e sobre a prática de cuidados na salvaguarda dos direitos humanos.

Quando falamos de privacidade, não falamos apenas do respeito pela privacidade durante a prestação de cuidados ao doente, mas também da segurança da informação oral e escrita. Nesta perspetiva, levantam-se outras questões éticas relativamente à privacidade das informações clínicas, bem como, à forma como é feita a passagem de turno, apesar de serem consideradas fundamentais para assegurar a continuidade de cuidados e segurança dos mesmos (DGS, 2017).

O enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem. Prezei sempre por fazê-lo, mesmo nas situações da abordagem à pessoa em situação crítica, explicando o que se estava a passar e que procedimentos que iriam ser realizados, obtendo o consentimento informado da pessoa. Considero os fatores anteriores fulcrais para o estabelecimento de uma relação terapêutica, facilitando a expressão de sentimentos e diminuindo os fatores geradores de stress presentes quer no cliente como na família/pessoa significativa. Nesta linha de pensamento, destaco também que nas situações de emergência, o consentimento pode ser presumido, sendo este aplicado na “pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa” (DGS, 2015). O enfermeiro é obrigado a guardar a informação do doente e partilhá-la

apenas com aqueles que se encontram implicados devidamente no processo e plano de cuidados (OE, 2015).

Durante os estágios prezei por assegurar a confidencialidade da informação, evitando ao máximo transmitir informações à pessoa doente ou pessoa significativa em espaços conjuntos.

O aprimorar de competências ao nível das questões éticas e de responsabilidade advém da experiência, da relação quotidiana com a pessoa alvo dos cuidados, resultando num aumento da capacidade de racionalizar, interpretar e decidir o melhor, de forma assertiva e empática, tendo em consideração as vontades, crenças e valores do utente.

A ética e a responsabilidade, princípios inerentes e constituídos no código deontológico dos enfermeiros, apresentam-se como a base do cuidado humanizado em enfermagem, sendo os pilares da prática da profissão e que foram basilares em ambos os estágios.

De forma igualitária à minha prática profissional, durante o estágio respeitei a proteção dos direitos humanos, a segurança, a privacidade, a intimidade e a dignidade da pessoa doente, bem como dos seus familiares ou pessoa significativa. Assim adquiri competências no âmbito da garantia da prática de cuidados sob respeito dos direitos humanos, as responsabilidades profissionais e a prática de cuidados.

1.1.2. Competência no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Os cuidados especializados do enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica, requerem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, sendo que a sua prática deve ter como pedra basilar a qualidade, por forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro, com vista a melhoria contínua dos cuidados prestados (OE, 2018).

O Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019 (p. 4745), no âmbito deste domínio, configura três competências: “B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.”; (OE, p.4745, 2019); “B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua” (OE, p.4745, 2019) e “B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019,p. 4745).

A qualidade em saúde define-se como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e alcança a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho, 2015). O mesmo despacho refere ainda que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem surgiram em 2001 e refletem essa necessidade e preocupação, com o intuito da melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 apresenta como objetivo “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS”, garantindo e reforçando o acesso aos doentes/família a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, considerando como um direito fundamental e legítimo. Os cuidados prestados para o cumprimento desse requisito devem basear-se na efetividade, na segurança, na eficiência, na equidade, na adequação e na otimização, que corresponda, tanto quanto possível, às necessidades e expectativas dos cidadãos (DGS, 2015). Este plano tem como intuito alcançar o aumento da cultura de segurança do ambiente interno; da segurança da comunicação; da segurança cirúrgica; da segurança na utilização da medicação; da identificação inequívoca dos doentes; da prevenção de ocorrência de quedas; da prevenção da ocorrência de úlceras de pressão, da prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos e de assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.

Mais recentemente, a Direção-Geral da Saúde (DGS), através do Departamento da Qualidade na Saúde, iniciou os trabalhos para o novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, dando continuidade a este projeto de melhoria contínua da segurança do doente, dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Neste domínio considero ter tido um papel ativo e diferenciador, principalmente na área da prevenção da ocorrência de lesões por pressão e de quedas e na segurança da comunicação. A área da prevenção das lesões por pressão e queda é-me bastante familiar, uma vez que sou elo de ligação no serviço onde exerço funções, nomeadamente da Comissão de Prevenção de Queda e Prevenção de Lesões na Pele. Neste sentido, tentei inculcar a importância da avaliação de escalas que determinam o risco de o doente ser vítima de queda ou de desenvolver lesões por pressão, nomeadamente a Escala de Braden e a de Morse, uma vez que só através de uma adequada avaliação é possível definir e implementar estratégias de atuação. O feedback dos colegas foi bastante positivo neste âmbito, reconhecendo as dificuldades sentidas, especificamente no SUP uma dificuldade apontada foi o curto tempo de permanência do cliente no serviço, dificultando assim a sua correta avaliação.

Em ambos os estágios considero ter tido uma comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde, utilizando a ferramenta ISBAR (I – identificação dos intervenientes na comunicação e do doente; S – situação atual, descrever o motivo da necessidade de cuidados; B – Background ou antecedentes; A – Avaliação, descreve o estado do doente atual, sinais

vitais, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de saúde significativas; R – Recomendação – descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica dos doente) que é reconhecida por promover segurança do doente em situações de transição de cuidados (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, [Portugal, MS, DGS], 2015).

A comunicação é um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, tendo como exemplo as mudanças de turno e a transferência ou alta dos doentes. As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre profissionais de saúde. Para uma transição de cuidados seguros é pertinente a implementação de uma técnica de comunicação padronizada, sendo que esta melhora a qualidade da informação transmitida e diminui o risco de eventos adversos (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho, 2015).

Durante os estágios apercebi-me que nem todos os profissionais estão familiarizados com a norma da DGS n.º 01/2017 de comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde através do método ISBAR, nesse sentido deixei esta temática como proposta de formação em ambos os serviços, sendo a sua realização impossibilitada devido às condições pandémicas atuais.

Quanto à melhoria contínua da qualidade no serviço de urgência, eu em conjunto com os meus colegas, desenvolvemos um projeto de melhoria contínua no âmbito da uniformização dos registos de enfermagem na sala de emergência (Apêndice I). Este projeto teve como objetivos principais: dar cumprimento ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 17 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, 2015), mais especificamente ao objetivo específico “Aumentar a segurança da comunicação” e uniformizar os registos de enfermagem na sala de emergência do SUP do CHTV. Com a elaboração deste projeto e a sua operacionalização, penso que contribuímos positivamente na melhoria da qualidade, minimizando os riscos associados à inadequada comunicação, mais precisamente no respeitante aos registos de enfermagem.

Durante a permanência na UCIP, surgiram algumas situações alvo de reflexão, no que diz respeito a ações de melhoria contínua para o serviço, existindo várias que não eram passíveis de serem realizadas, dado que a UCIP se encontra num espaço físico provisório. Neste sentido, durante o estágio pude colaborar em ações de melhoria para o serviço, nomeadamente na elaboração uma folha de passagem de turno para o serviço, por forma a uniformizar a informação transmitida sobre os doentes (Apêndice II). Ainda nesta linha de atuação, eu em

conjunto com a colega A.P. elaborámos um protocolo de registo de peso corporal do doente na UCIP (Apêndice III).

O Enfermeiro especialista “garante um ambiente terapêutico e seguro considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente na promoção e envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747) pelo que a sua prática deve estar sempre baseada na qualidade e de modo a garantir um ambiente terapêutico e seguro, com vista a melhoria contínua dos cuidados prestados. Perante o exposto, considero que a minha atuação foi ativa, tendo como intuito a minimização do erro e consequentemente a redução ou eliminação do dano para o doente, adotando algumas medidas, como a utilização dos “oito certos” na preparação da medicação, consulta e aplicação dos protocolos vigentes na UCIP e SUP do CHTV.

Pelo descrito anteriormente, considero ter contribuído para a melhoria da qualidade de cuidados prestados na UCIP e SUP do CHTV, bem como ter prestado cuidados especializados de qualidade ao doente com base na evidência científica em contexto urgente/emergente.

1.1.3. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

As competências no domínio da gestão dos cuidados incluem “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao 18 contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018).

Estas competências passam não só pela gestão de recursos humanos, como também pela gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como pela gestão dos próprios cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Nesta esfera de ação, em ambos os estágios, propus a concretização do seguinte objetivo específico: *Desenvolver competências na área da coordenação e gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais, e na área de formação.*

A gestão está implícita nos cuidados de várias formas, potenciando a qualidade dos mesmos ou a organização e racionalização de recursos humanos ou materiais. É importante desenvolver a nível individual estratégias e competências que permitam uma melhor gestão dos cuidados, potenciando a elaboração, a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar. Tive necessidade de aprimorar competências no que concerne à gestão dos meus cuidados, quer no tempo, materiais ou prioridades. Possuía já algumas competências neste

nível, mas aprimorei e desenvolvi competências para um campo mais direcionado à gestão de um serviço, de uma equipa, otimizando competências ao nível do processo de cuidados e ao nível da tomada de decisão.

A gestão é um domínio que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (OE, 2001). Quer no SUP quer na UCIP, tive a oportunidade de realizar alguns turnos com o enfermeiro coordenador, no intuito de perceber as atividades desenvolvidas diariamente no âmbito da gestão, de recursos materiais e humanos, e qual a complexidade dos mesmos, compreendendo a forma como são geridas as diferentes equipas, como é realizada a distribuição dos enfermeiros, como são realizados os pedidos de materiais e como são geridos os stocks de materiais.

Identifiquei as funções do enfermeiro especialista na área da coordenação e gestão, como por exemplo a revisão e reposição dos stocks de medicamentos e materiais consumíveis e não consumíveis essenciais no serviço, a gestão e manutenção dos materiais para esterilizar e reposição nas respetivas áreas de utilização, na realização do horário de distribuição dos enfermeiros pelas várias áreas para as vinte e quatro horas seguintes; a gestão de transportes, espólios, perícias médico-legais; alcoolémias; realização de pedidos extraordinários; solicitação de reparação ou substituições de materiais; articulação com a equipa médica na gestão de altas; gestão de conflitos; supervisão de tarefas e avaliação da execução das mesmas, garantindo a segurança e a qualidade, entre outros.

Ainda durante os turnos de coordenação/gestão tive a oportunidade de proceder à deteção das necessidades de materiais e equipamentos para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, tendo conhecimento dos circuitos e métodos de reposição de materiais, assim como a importância da coordenação na orientação, supervisão e avaliação dos cuidados prestados, como promoção da segurança e qualidade.

No SUP do CHTV a gestão dos recursos materiais é realizada através da utilização do sistema “Glinti®”, sendo esta baseada numa metodologia de reposição “por níveis”, realizada às segundas, quartas e sextas. Quanto à gestão dos recursos humanos, em cada turno de trabalho, é identificado um enfermeiro para ser responsável de turno, sendo que normalmente este é o chefe de equipa, existindo a possibilidade de poder ser definido outro pelo enfermeiro chefe. É de realçar que o responsável de turno é sempre um enfermeiro especialista.

Na UCIP do CHTV a gestão dos recursos materiais é feita pelo método de reposição previsível de gastos, não sendo possível por níveis, uma vez que a UCIP onde realizei o estágio se encontrava num espaço improvisado. No respeitante à gestão dos recursos humanos, na UCIP do CHTV, é feita tendo em conta o preconizado para as UCI, no máximo 2 doentes por enfermeiro, tendo em conta o número de horas necessárias aos cuidados obtidos pelo programa

TISS 28, situação clínica dos doentes e sua necessidade de cuidados de enfermagem com base nas diretivas dos Recursos Humanos e Ordem dos enfermeiros, Ministério da saúde, dotações seguras e o cálculo de necessidades de enfermagem.

Através das atividades e reflexão realizada neste domínio, adquiri competências especializadas, que se evidenciaram na compreensão da importância da liderança e gestão dos recursos humanos e materiais na melhoria da qualidade e segurança.

1.1.4. Competências do Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A tomada de decisão em frequentar este Mestrado era extremamente desafiante e complexa, envolvia adaptação às novas circunstâncias na perspetiva pessoal e profissional. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro artigo 88.^a - da excelência do exercício (2015): “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015). Este dever de atualização decorre do direito do doente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios e na procura permanente da excelência no exercício profissional de enfermagem.

Na minha perspetiva, existem vários recursos ao nosso dispor no que compete ao desenvolvimento das aprendizagens como: as nossas próprias experiências e a sua respetiva partilha, a experiências e conhecimentos de outros profissionais e a disponibilidade/facilidade no acesso a base de dados científicas como referenciais teóricos justificativos da prática.

Nos estágios procurei desenvolver as competências recomendadas no âmbito do domínio das aprendizagens profissionais, tendo como linha orientadora o preconizado pelo Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro (OE, 2011), segundo o qual o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua *práxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.” Aprender é inerente ao ser humano. A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem é primordial para a prestação de cuidados de qualidade ao cliente, possibilitando uma maior compreensão da dimensão da pessoa, num ambiente seguro. Só deste modo é possível responder de uma forma organizada, eficaz e eficiente às necessidades da pessoa em situação crítica e sua família.

A formação permanente contribui para a prática pedagógica do enfermeiro, quando possibilita refletir a sua própria *práxis*. Só ocorre por formação pedagógica que possibilite ampliar a visão tradicional do ensino e que o educando seja responsável pela própria formação, dialogando, questionando e possibilitando a reflexão crítica sobre o que lhe é ensinado (Scarton

et al., 2020). É reconhecida por mim a importância da mesma, mas face a situação pandémica pela qual atravessamos, que não foi possível a realização de formação em serviço, contudo, já como referenciado anteriormente, deixei como proposta de formação Comunicação na Transição de Cuidados – Técnica ISBAR.

A análise crítico-reflexiva das práticas é determinante para estimular o conhecimento, o pensamento crítico e a tomada de decisão, pelo que se considera fundamental na política de supervisão clínica (Pires, R., 2021). Neste foco de ação considero ter tido um papel bastante ativo, tendo participado no desenvolvimento das aprendizagens dos estudantes da licenciatura, tive a oportunidade de expor conhecimentos teóricos, baseados na evidência mais atual, e refletir junto deles algumas situações clínicas e diferentes formas de abordagem à pessoa doente.

Perante a complexidade de conhecimentos e exigência crescente na diferenciação dos cuidados prestados à pessoa e família em situação crítica e/ou falência orgânica, no sentido de responder adequadamente às suas necessidades e expectativas, procurarei, ao longo do estágio, intervir de modo a alargar o âmbito das minhas aprendizagens, procurando sempre novas oportunidades de aprendizagem, tendo em vista a excelência e a qualidade no cuidar.

1.2. Competências específicas adquiridas

As competências específicas definem-se como as que resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, apresentadas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, de 16 de setembro, 2019).

À semelhança das competências comuns, as competências específicas adquiridas como futura Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica, tiveram como linhas orientadoras as competências específicas do EEEMC que estão regulamentadas e publicadas no Regulamento n.º 429/2018 publicado em DR, 2.ª série n.º 135 de 16 de julho de 2018.

A Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresenta uma grande abrangência. Por este motivo foi separada em várias áreas de especialização, tendo em conta o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção. Assim foram identificadas quatro áreas de enfermagem, designadamente: área de enfermagem à pessoa em situação crítica; área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica (OE, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros perspetiva que a atual Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica seja dividida em duas áreas distintas, sendo elas a área de especialização direcionada para a Pessoa em Situação Crítica e outra área direcionada para a Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. É de realçar que o atual curso de Pós-Licenciatura de Especialização lecionado na ESSH mantém no mesmo construto estas duas áreas de especialização, tendo como competências a alcançar as seguintes:

- a) Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa;
- b) Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;
- c) Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Guia orientador de estágios, [ESSV], 2020, p.16).

Nesse capítulo serão abordadas as competências específicas do Enfermeiro Especialista, de forma crítica e reflexiva, articulando com as vivências e aprendizados decorridos durante o estágio no SUP e UCIP do CHTV.

1.2.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Uma vez que uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018) se assume na prestação cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica, foi fundamental adquirir e desenvolver competências nesta área.

No âmbito da competência específica supracitada propus a concretização do seguinte objetivo específicos, para o SUP e para a UCIP: *Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e respetiva família.*

No exercício da prática clínica, em ambos os contextos, fui confrontada diariamente com inúmeras situações de elevada complexidade, por vezes imprevisíveis, exigindo intervenções organizadas e sustentadas num conjunto de conhecimentos e habilidades, aos mais diversos níveis da prestação de cuidados. Pude prestar cuidados ao doente crítico em todas as

suas vertentes, detetando precocemente focos de instabilidade e atuando segundo as melhores práticas, com o objetivo de participar ativamente na sua recuperação e bem-estar.

No contexto da urgência e cuidados intensivos, planeei e prestei cuidados diferenciados e específicos à pessoa em situação crítica de acordo com a patologia e prioridades estabelecidas, utilizando metodologia científica na vigilância do doente, identificando as necessidades da pessoa e focos de instabilidade nos vários domínios passíveis de intervenção, assim como a aplicação e monitorização de protocolos terapêuticos e a sua integração na prestação de cuidados com intervenções autónomas e interdependentes.

As várias atividades desenvolvidas ao longo dos estágios permitiram-me tomar consciência das experiências vividas que contribuíram para a aquisição desta competência específica consequentemente para o meu crescimento profissional e pessoal.

O meu desenvolvimento profissional na prática especializada, teve como alvo dos cuidados de Enfermagem – a pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica, crónica e/ou paliativa. Apesar de o alvo dos cuidados de enfermagem prestados serem os anteriormente referenciados, ressalvo que pude ter uma intervenção mais frequente na pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica.

A pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018).

É expectável que o EEEMC preste cuidados de excelência, continuamente, à pessoa com função/ões vital/ais em risco imediato, com o intuito de manter as funções básicas de vida e antecipando complicações e evitando incapacidades. Os cuidados à pessoa em situação crítica podem surgir “de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (OE, 2018).

Para adquirir esta competência e tendo em conta o meu interesse pessoal e profissional, o meu estágio no SUP decorreu maioritariamente na sala de emergência (SE). Este estágio foi muito rico em experiências vivenciadas e oportunidades de aprendizagem, podendo prestar cuidados de enfermagem diferenciados a pessoas com as mais diversas necessidades e situações clínicas.

Os cuidados de enfermagem na sala de emergência requerem um vasto leque de conhecimentos e atitudes, autónomas e interdependentes, apresentando o enfermeiro um papel preponderante na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica (Pereira, 2016). Estes requerem “observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados,

de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018).

O SUP do CHTV admite pessoas com as mais diversificadas patologias e do âmbito de várias especialidades. Durante a minha permanência no serviço, foram várias e enriquecedoras as oportunidades de aprendizagem. Prestei cuidados individualizados, especializados e diferenciados à pessoa em estado crítico a vivenciar processos complexos, nomeadamente: défice neurológico agudo, síndrome coronário agudo, trauma, sépsis, paragem cardiorrespiratória, edema agudo do pulmão, disritmias periparagem, hemorragia digestiva alta, choque, alterações metabólicas severas, entre outras.

Irei apenas concentrar-me nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa vítima de trauma, uma vez que o perfil destes doentes está inteiramente relacionado com a temática deste relatório.

A pessoa vítima de trauma apresenta uma multiplicidade de problemas complexos (ATLS, 2018). Assim, na maioria das vezes, a pessoa vítima de trauma quando é admitida no serviço de urgência é alocada à sala de emergência para avaliação das lesões e estabilização.

Foram várias as situações clínicas em que pude prestar cuidados de enfermagem ao doente politraumatizado. Tenho de realçar que estas situações foram sempre bem referenciadas pela emergência pré-hospitalar, dando-nos tempo para preparar todos os recursos e meios necessários para a sua abordagem, nomeadamente materiais e humanos. Tendo como objetivo uma abordagem eficiente, precisa, concreta e em tempo útil à pessoa vítima de trauma, adotei a metodologia “ABCDEFGHI”, realizando assim a avaliação primária e secundária.

Tendo em conta a abordagem “ABCDEFGHI”, e não menosprezando nenhuma das letras da mnemónica, dou destaque à letra F (family), dado que a prestação de cuidados de enfermagem tem como foco a pessoa doente, mas também a sua família. Considero ter tido um papel bastante ativo, envolvendo a família/pessoa significativa em todas as situações em que estive presente, tendo em conta a vontade do doente, no intuito de ajudar o seu familiar ou amigo no processo de recuperação, mas também como alvo de cuidados, uma vez que esta experiência também pode ser negativa, marcante e mesmo avassaladora para as pessoas que rodeiam a vítima. Nesta linha de pensamento procurei estabelecer uma relação empática com a família ou pessoa de referência, envolvendo-a na situação de doença do utente. Considero que fui um elemento-chave entre o doente e cuidador, transmitindo informações corretas, articulando com a equipa de saúde, no sentido de preparar o utente e a família. Tive a oportunidade de passar pelo posto de informações, onde nesta fase com a alteração do regulamento interno do SUP de acompanhamento de doentes, o enfermeiro que assume este

posto tem um papel preponderante no acolhimento, integração e acompanhamento da família ou pessoa de referência.

Algumas das situações de pessoas vítimas de trauma a quem pude prestar cuidados de enfermagem tornaram-se em situações de maior complexidade, com agravamento do estado de consciência e posteriormente necessidade de intubação endotraqueal, e outras situações que evoluíram para choque hipovolêmico. Independentemente da gravidade da situação, na abordagem ao doente politraumatizado tive sempre patente as complicações associadas ao trauma, sendo o conjunto destas, comumente, designadas de “tríade letal”, e mais recentemente denominadas de “diamante letal”. Fazem parte deste “diamante letal”, a hipotermia, a coagulopatia, a acidemia e a hipocalcémia (Ditzel et al., 2020).

Na prestação de cuidados de enfermagem ao doente politraumatizado, também pude aperfeiçoar e desenvolver as minhas competências no cuidado à pessoa submetida a ventilação mecânica, uma vez que em algumas situações a via aérea estava ameaçada, tendo sido necessário a realização de intubação endotraqueal. Pude prestar cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica, com uma intervenção direta desde o processo de intubação endotraqueal e início da ventilação mecânica, bem como na manutenção dos cuidados à pessoa conectada a prótese ventilatória.

Na UCIP pude prestar cuidados a doentes: politraumatizados; com traumatismos crânio-encefálicos; com hemorragias cerebrais; em morte cerebral; com sépsis; pneumonia; insuficiências respiratórias graves, insuficiência renal; dadores de órgãos; status pós paragem cardiorrespiratória; puérperas, entre outros.

À semelhança do SUP, no contexto do estágio na UCIP irei apenas focar-me nos cuidados de enfermagem prestados ao doente politraumatizado. A etiologia mais frequente do trauma, nos doentes a quem prestei cuidados, foram os acidentes de viação. A maioria dos politraumatizados, tal como o nome indica, apresentava vários traumas, sendo os mais frequentes o trauma vertebro-medular (TVM), o trauma cranioencefálico (TCE) e o trauma dos membros (TM).

A abordagem aos doentes com TVM ou suspeita, devem passar pela prevenção das lesões secundárias. As mobilizações e os posicionamentos no leito são os estritamente necessários, sendo feitas em bloco, requerendo vários elementos para a sua realização. Para além disso a maioria dos doentes necessita de estabilização da coluna cervical com colar cervical rígido. Tive sempre bem presente as complicações que advém desta imobilização dos doentes, nomeadamente o aparecimento das lesões por pressão, sendo a avaliação do seu aparecimento realizada diariamente, através da escala de Braden, e o surgimento da trombose venosa profunda, sendo que quando não existem contraindicações, nomeadamente fraturas ou

lesões dos membros inferiores, colocava os sistemas de compressão pneumática. Quando os doentes tinham necessidade de utilização de colar cervical tive sempre atenção em aliviar a pressão exercida pelo mesmo, fazendo-o várias vezes ao longo do turno, tendo sempre ajuda de outro enfermeiro, sendo que um realizava a imobilização cervical manual e o outro removia e colocava o colar cervical.

No trauma dos membros tive sempre em atenção a identificação de sinais sugestivos de síndrome compartimental, admitindo que no contexto de cuidados intensivos se torna mais complicado, dado que os doentes na sua grande maioria se encontram sedoanalgesiados. Em nenhum dos casos clínicos pude presenciar sinais sugestivos de síndrome compartimental, contudo consegui preveni-los, dando destaque a uma situação em que um doente possuía uma tala gessada no membro inferior e tive sempre o cuidado de remover as ligaduras no intuito de vigiar a coloração da pele.

Em ambos os contextos, urgência e cuidados intensivos, e dado que o alvo dos meus cuidados foi a pessoa em situação crítica e sua família, apercebi-me que a dor é frequente. A dor não controlada poderá originar complicações na estabilização do doente crítico, sendo que esta situação para além de diminuir o conforto e o bem-estar da pessoa irá dificultar a cooperação do cliente nos cuidados, atrasando a realização de procedimentos essenciais à sua recuperação (Ferreira et al., 2014).

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência multiorgânica é da competência e da responsabilidade do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018). O controlo da dor constitui-se como um dever dos profissionais e saúde e um direito das pessoas (DGS, 2013). Assim, deverão ser prioridades na abordagem à pessoa em situação crítica, a avaliação, o registo da intensidade da dor e o seu tratamento (Teixeira & Durão, 2016).

Para a monitorização da dor utilizei diferentes escalas, adequando a sua utilização à pessoa a quem estava a prestar cuidados. A avaliação da dor em contexto de urgência é realizada através de escalas contempladas no Sistema de Triagem de Manchester, sendo utilizada a escala de faces e a escala numérica, contudo estas são utilizadas em doentes conscientes e colaborantes.

É de realçar que a intensidade da dor é sempre referida pelo doente (Circular Normativa n.º 9, de 14 de junho, 2003), contudo senti algumas dificuldades neste âmbito, principalmente quando realizei turnos na triagem, pois em algumas situações existia discordância entre o resultado e o comportamento da pessoa. Para a avaliação e monitorização da dor em doentes com alteração do estado de consciência, utilizei a Escala de Behavioral Pain Scale (BPS) e a Escala Visual Analógica (EVA).

Contrariamente ao que eu pensava, o controlo da dor, em ambos os contextos, não passa apenas pela implementação de medidas farmacológicas. A demonstração de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas no alívio da dor é um dever do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363). Como medidas não farmacológicas pude implementar a manutenção de um ambiente tranquilo, nas situações em que é possível, a promoção da presença da pessoa significativa, quando possível, e o toque terapêutico.

Como atividades realizadas, transversais ao estágio na UCIP e SUP, para o alcance desta competência específica, foi a elaboração dos registos de enfermagem e a transmissão de informação. Fazem parte dos cuidados de enfermagem a avaliação e documentação da evolução do estado da pessoa em situação crítica, sendo feita através dos registos de enfermagem e passagem de turno.

Os registos de enfermagem são de extrema importância, sendo esta reconhecida e imprescindível para garantir a continuidade dos cuidados, com especial enfoque para a sua função de comunicação (Martins et al., 2008).

Os registos de enfermagem na UCIP do CHTV são realizados em formato de papel, não existindo uma diretriz para a elaboração dos mesmos. A metodologia que utilizei nos registos de enfermagem foi a metodologia ABCDE, com o intuito de transmitir a informação de uma forma mais organizada, cefalo-caudal e de acordo com prioridades. Penso que seria vantajoso a informatização da informação na UCIP do CHTV, diminuindo assim o erro e rentabilizando o tempo dos profissionais. O sistema de informação de Enfermagem utilizado no SUP do CHTV é o sistema ALERT®, onde os registos de enfermagem não contemplam a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), mas sim o registo em campos pré-definidos existentes e um campo que permite registar em texto livre.

A Ordem dos Enfermeiros (2011) preconiza a existência de um sistema de registos de enfermagem que integre de forma sistemática, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados. Tendo em conta o exposto, nós em conjunto com os meus colegas desenvolvemos um projeto de melhoria contínua sobre a uniformização dos registos de enfermagem na sala de emergência, como garantia da continuidade dos cuidados e segurança do doente. Antes da operacionalização do projeto de melhoria contínua, a metodologia que utilizava, quer nos registos de enfermagem, quer na passagem de turno, era a metodologia ABCDE, com o intuito de transmitir a informação de uma forma mais organizada e de acordo com prioridades. Considero uma mais valia a operacionalização do nosso projeto, diminuindo assim o erro, rentabilizando o tempo dos profissionais e aumentando a segurança do doente.

O maior foco da minha atuação foi a pessoa em situação crítica e a sua família, contudo também pude prestar cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crónica e/ou

paliativa. Comumente, a ideia que temos do serviço de urgência é que este é um serviço onde se prestam cuidados a pessoas com situações de urgência e emergência, contudo fui confrontada com várias situações de fim de vida. Achei curioso e positivo que a filosofia e o paradigma do cuidar esteja a mudar. Face ao referenciado considero ter tido uma postura diferenciadora nestas situações clínicas, promovendo o bem-estar e conforto da pessoa e família, bem como a assistência da pessoa na morte, tendo em conta a sua dignidade, e a assistência da família no luto. Mais uma vez a comunicação é fulcral nestas situações, de modo a promover uma relação de ajuda efetiva promotora de confiança com a pessoa e família, no sentido de gradualmente se prepararem para o confronto do inevitável, a morte com dignidade.

Perante a complexidade de conhecimentos e exigência crescente na diferenciação dos cuidados prestados à pessoa/família e situação crítica e/ou falência orgânica, no sentido de responder adequadamente às suas necessidades e expectativas, ao longo dos estágios, consequentemente adquiri a competência específica *Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa*, tendo como premissa a excelência e a qualidade no cuidar.

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

“Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (Regulamento n.º 429/2018, de 18 de julho, p. 19362).

As situações de catástrofe ou emergência multivítima ocorrem de forma inesperada, sendo o serviço de urgência a “porta de entrada” para estas situações e o serviço de cuidados intensivos o “destino” de muitas destas vítimas, com implicação direta na prestação de cuidados. Deste modo e tendo em conta o domínio desta competência delineei a consecução do seguinte objetivo específicos: *Desenvolver competências na resposta perante situações de catástrofe/emergência multivítima*.

Fundamental para o enquadramento desta competência é a definição do conceito de catástrofe, situação de exceção e de emergência. A catástrofe, tendo em conta a Lei de bases da Proteção Civil — Decreto-Lei n.º 27/2006, define-se como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”. A situação de exceção pode ser definida por uma situação que cria “desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis”. A emergência é

consequência de agressão sofrida por uma pessoa por parte de um qualquer fator que “que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida”.

Atendendo aos conceitos anteriormente referidos posso afirmar que vivemos tempos de exceção e catástrofe, provocados pelas complicações da infeção pelo SARS-CoV2, sendo os cuidados de saúde sujeitos a uma pressão sem precedentes à escala mundial. A Pandemia COVID-19 colocou uma enorme pressão sobre os sistemas de saúde em todo o mundo (Balghith, Arifi, Ahmed, & Metwally, 2020).

A pandemia provocada pelo vírus SARS-Cov2 destaca a importância dos cuidados de enfermagem para a manutenção da vida e do direito à saúde (Oliveira, Freitas, Araujo, & Gomes, 2020).

Pandemias e epidemias são emergências de saúde pública que podem resultar em mortes substanciais e perturbações socioeconómicas. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na resposta da saúde pública a tais crises, prestando assistência direta ao paciente e reduzindo o risco de exposição a doenças infecciosas. A experiência de prestar cuidados de enfermagem neste contexto tem o potencial de ter consequências significativas a curto e longo prazo para os enfermeiros individuais, a sociedade e a profissão de enfermagem (Fernandez et al., 2020).

Os estágios foram desenvolvidos numa situação de catástrofe, face à atual pandemia COVID-19, sendo que em março o plano de contingência sazonal 2020/2021 do CHTV encontrava-se no nível 5. Esta ativação do plano de contingência requereu a reestruturação dos espaços do SUP e da UCIP.

O Plano Hospitalar de Emergência Externa (PHEE) do CHTV foi revisto e atualizado em 2019 após a ativação dos planos de catástrofe que ocorreram em 2018, como resposta “à necessidade de mobilização e de rentabilização de recursos, no contexto de uma ocorrência inesperada com afluência extraordinária e significativa de doentes ao Serviço de Urgência” (Plano Hospitalar de Emergência Externa, CHTV, 2019, p. 4).

No SUP, houve a criação de uma área de doentes respiratórios (ADR). Mais especificamente dentro da ADR foi necessário a ativação de uma área de colheita de zangãos, para pessoas com necessidade de cuidados menos urgentes e que sejam autónomas, designada ADR 1, e outra para doentes com 25 necessidade de cuidados urgentes, ou que sejam transportados de maca ou cadeira de rodas, denominada de ADR 2.

Face à atual situação pandémica, a UCIP encontra-se subdividida em três unidades, sendo apelidadas de UCIP1, UCIP2 e UCIP3. O meu estágio desenvolveu-se na UCIP 2, este serviço tem capacidade para admitir doentes com todos os tipos de patologias médicas e

cirúrgicas de todas as especialidades que apresentem falência de órgão atual ou potencial que possa ser revertida/controlada, desde que não estejam infetados por COVID-19, pois caso a infecção esteja ativa os doentes terão de ser alocados à UCIP1 ou UCIP3.

Tive a oportunidade de prestar cuidados na denominada área COVID-19 do SUP, destacando que todos os doentes admitidos no SUP independentemente de estarem adstritos à área COVID-19 ou não, são considerados suspeitos. Toda a prestação de cuidados de enfermagem é semelhante a uma situação não pandémica, contudo acresce o cumprimento dos critérios de segurança e proteção individual e coletiva.

Após a consulta do PHEE pude também obter informações mais detalhadas e esclarecer algumas dúvidas sobre o mesmo com o enfermeiro responsável por esta área no SUP. Tive também a oportunidade de visualizar o armário que contém a “trouxa” de catástrofe, estando esta alocada na sala de emergência. Esta é composta por pulseiras de identificação (cor vermelha, amarela e verde), fichas de triagem de catástrofe (com respetivo local para registo de cuidados prestados), autocolantes de cor para identificação das equipas adstritas à área vermelha, tupperwares para colocação de terapêutica a administrar/administrada aos doentes da área vermelha, canetas dermográficas para a equipa de triagem e cartões de tarefa.

Enquanto futura enfermeira mestre, enquanto enfermeira responsável, deverei coordenar e liderar as mais diferentes atividades, com elevado sentido crítico e conhecimento intrínseco do plano de resposta multivítimas, para se constituir como uma mais-valia em todo o procedimento de catástrofe.

Pelo exposto considero que a competência “dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação”, foi alcançada com sucesso.

1.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem-se como um problema de saúde uma vez que agravam o prognóstico da doença base, prolongando os internamentos, associado ao aumento da morbilidade, mortalidade e consequentemente de custos (DGS, 2018).

Esta competência está intimamente relacionada com a segurança do doente. A segurança do doente é definida como “a ausência de danos evitáveis a um doente durante o processo de cuidados de saúde e redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável” (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Para atingir esta competência previamente elaborei o seguinte objetivo específico: *Aplicar os princípios de prevenção e controlo de infeção no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica.*

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 apresenta como objetivo “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados no SNS”, tendo enunciado vários objetivos estratégicos, dando destaque ao nono, sendo ele Prevenir e Controlar as infeções e resistências aos antimicrobianos. A segurança do doente apresenta-se como um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010), sendo uma prioridade estratégica para os cuidados de saúde modernos.

Tendo em conta o contexto dos estágios, a abordagem à pessoa em situação crítica requer, muitas vezes, a utilização de procedimentos invasivos. Estes por um lado são o suporte vital do doente, contudo podem constituir-se como um problema grave para o doente, nomeadamente ao que concerne às IACS. No intuito de reduzir a incidência de IACS e consequentemente os danos para o doente, na minha opinião, a prevenção e controlo das infeções deve ser considerada como um dever profissional e uma responsabilidade individual e coletiva dos profissionais de saúde.

Constatei que na equipa do SUP existe uma cultura de prevenção e controle de infeção bastante evidente, contudo pelo cariz do serviço, a sua monitorização é mais difícil, uma vez que a pessoa doente tem um curto tempo de permanência no serviço. Destaco a exigência acrescida nesta área, fruto da situação pandémica em que vivemos. A Norma nº 007/2020 de 29/03/2020 da DGS, apresenta as precauções no âmbito da prevenção e controlo de infeção no Sistema de Saúde, definindo a adequada utilização, pelos profissionais de saúde, do equipamento de proteção individual (EPI) em contexto Pandemia COVID-19. Constatei a total adesão e cumprimento desta norma por parte dos profissionais de saúde neste SUP, quer na área COVID quer na área não COVID.

O SUP do CHTV tem uma *bundle* da prevenção da infeção associada ao catéter venoso central (CVC), cujas intervenções são baseadas na norma nº022/2015 da Direção Geral da Saúde, intitulada de “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção relacionada com Catéter Venoso Central. Assim, adotei as várias intervenções que constam da *bundle*, nomeadamente a realização da higiene das mãos antes do manuseamento do CVC, descontaminação das conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool antes do seu manuseamento, realização do penso utilizando uma técnica assética, utilização de máscara e luvas esterilizadas aquando da realização do penso, uso da cloro-hexidina a 2% em álcool na antissepsia da pele e realização do penso sempre que necessário.

A UCIP do CHTV tem uma cultura de gestão e prevenção de IACS implementada e vigente, disponibilizando equipamento de proteção individual aos profissionais, utilização de materiais descartáveis, individualização dos materiais para cada doente, respondendo desta

forma à maioria das normas da DGS em relação ao controlo e prevenção das IACS. Registo, no entanto, a entre limitação de espaço físico, como aspeto menos positivo, uma vez que, na minha opinião, potencia a incidência das IACS.

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica num serviço de cuidados intensivos, apresenta múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento de infeções. Como enfermeira pude intervir nos fatores de risco modificáveis, nomeadamente no que concerne aos comportamentos de risco dos profissionais de saúde.

Durante todo o estágio apliquei diversas medidas de prevenção de IACS, bem como princípios e técnicas de assepsia, contudo neste relatório irei dar destaque à prevenção de IACS mais frequentes nas unidades de cuidados intensivos.

Os doentes internados na UCIP, maioritariamente, encontram-se conectados a prótese ventilatória, quer pela sua instabilidade ventilatória quer hemodinâmica, como tal no serviço foram selecionadas 5 medidas preventivas da pneumonia associada a ventilador (PAV) para integrar as medidas integrantes da *Bundle* de Prevenção da PAV.

Esta *Bundle* está bem implementada no serviço, pelo que todos os turnos implementei essas medidas, nomeadamente a lavagem da mucosa oral e dentes com uma diluição de água bidestilada e Solução Tantum Verde® - Cloridrato de Benzidamina (0,15%) na proporção de 1:1, com auxílio da aspiração e ação mecânica de esponjas próprias. Após a lavagem é aplicada em toda a cavidade oral clorhexidina gel 2%, com uma esponja limpa. Em cada turno também procedi à verificação do *cuff*, nomeadamente antes da realização da higiene oral, antes da mudança de posição do doente ou sempre que necessário. Para além destas medidas, também tentei sempre que o posicionamento dos doentes fosse sempre com a cabeceira superior ou igual a 30 graus, adotando a posição supina para determinados procedimentos ou em situações de instabilidade hemodinâmica. No que diz respeito à interrupção diária da sedação, não existe um protocolo de sedação definido e instituído, sendo que esta intervenção é prescrita pelo médico e só assim é que procedo à sua suspensão, por norma após o banho no turno da manhã.

Quanto à prevenção da infeção associada CVC, o serviço também tem uma *bundle*, cujas intervenções são baseadas na norma nº022/2015 da Direção Geral da Saúde, intitulada de “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Assim, adotei as várias intervenções que constam da *bundle*, nomeadamente a realização da higiene das mãos antes do manuseamento do CVC, descontaminação das conexões com clorhexidina a 2% em álcool antes do seu manuseamento, realização do penso utilizando uma técnica assética, utilização de máscara e luvas esterilizadas aquando da realização do penso, uso da cloro-hexidina a 2% em álcool na antissepsia da pele e realização do penso sempre que

necessário, quer seja quando o penso esteja visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele ou 7 dias, após a sua realização, se penso transparente.

Na linha de atuação da prevenção de IACS associada ao trato gastrointestinal, sempre que possível e que não haja nenhuma contraindicação, todos os doentes são submetidos a nutrição enteral por sonda nasogástrica, uma vez que a presença de nutrientes no lúmen intestinal, previne a atrofia da mucosa e trato intestinal, mantém o fluxo sanguíneo da mucosa intestinal e mantém a secreção hormonal, prevenindo assim a translocação bacteriana e por sua vez reduz a incidência de complicações sépticas.

Torna-se fulcral num programa de controlo de infeção a vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados (Pereira, R., 2020). Como tal, para avaliarmos qualquer tipo de intervenção esta tem de ser devidamente implementada e registada. Na UCIP temos como exemplo as intervenções implementadas para a prevenção da PAV que são registadas no plano de cuidados de enfermagem, bem como no plano de cuidados médicos. Alicerçado aos planos de cuidados existe também um formulário no serviço que nós enfermeiros temos de preencher com a data da colocação, remoção e substituição de dispositivos invasivos. Outros métodos utilizados, na minha perspetiva indiretamente, para a avaliação do controlo de infeção são os índices de gravidade, nomeadamente o *Sequential Organ Failure Assesment* (SOFA), *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS II) e *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE II).

A demonstração de conhecimentos específicos na área do controlo de infeção, foi uma competência desenvolvida. Prestei cuidados em todas as áreas do SUP e da UCIP respeitando os procedimentos de prevenção e controlo de infeção, tendo sempre em atenção os elos da cadeia de transmissão da infeção, a utilização de boas práticas no que diz respeito à higiene das mãos e utilização adequada e racional dos equipamentos de proteção individual. Destaco ainda o meu papel como promotora da prevenção e controlo da infeção junto dos estudantes da licenciatura, inculcando neles o sentido de responsabilidade nesta área, realçando a importância desta no contexto pandémico em que vivemos.

1.3. Evidência das atividades realizadas

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem emanados pela Ordem dos Enfermeiros (2001) referem que “a qualidade exige reflexão sobre a prática, para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”. Assim, com este capítulo objetivo evidenciar as atividades realizadas durante o estágio e efetuar uma apreciação crítico-reflexiva das mesmas.

As várias atividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram tomar consciência das experiências vividas que contribuíram para a aquisição de competências comuns e especializadas e conseqüentemente para o meu crescimento profissional e pessoal.

O meu desenvolvimento profissional na prática especializada, teve como alvo dos cuidados de Enfermagem – a pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica, crônica e/ou paliativa. Apesar de o alvo dos cuidados de enfermagem prestados serem os anteriormente referenciados, ressalvo que pude ter uma intervenção mais frequente na pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica.

A pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018).

É expectável que o EEEMC preste cuidados de excelência, continuamente, à pessoa com função/ões vital/ais em risco imediato, com o intuito de manter as funções básicas de vida e antecipando complicações e evitando incapacidades. Os cuidados à pessoa em situação crítica podem surgir “de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (OE, 2018).

No SUP do CHTV, ao longo do estágio pude prestar cuidados de enfermagem, de forma autónoma, a várias pessoas vítimas de défices neurológicos agudos, a maioria delas incluídas na Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VV-AVC), nomeadamente na sua admissão na SE inicialmente realizando a estabilização da pessoa doente através da abordagem ABCDE, acompanhamento da pessoa ao serviço de imagiologia, que inclui a devida monitorização e transporte da mala de apoio à VV-AVC, administração da terapêutica fibrinolítica, nomeadamente o Alteplase, e posterior manutenção dos cuidados e encaminhamento quer novamente para a sala de emergência (SE), para o internamento ou transferência interhospitalar para realização de trombectomia.

Paralelamente à prestação direta de cuidados ao doente vítima de acidente vascular cerebral (AVC), considero que desenvolvi e demonstrei competências na interpretação e adequação de ações terapêuticas nomeadamente da terapêutica fibrinolítica, bem como na monitorização dos parâmetros vitais e antecipação de complicações.

A minha atuação perante estas situações foi sempre baseada nas melhores e mais atuais evidências científicas, sendo neste caso a *European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke* (Berge, Whiteley, Audebert, De Marchis, Fonseca, Padiglioni, Ossa, Strbian, Tsivgoulis & Turc, 2021), e como não poderia deixar de ser, no protocolo de atuação perante a pessoa vítima de AVC da SE, que se baseia na Norma

n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017, da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto, emitida pela Direcção-Geral da Saúde.

É de realçar que apesar de saber que o AVC é uma emergência médica e que “tempo é cérebro”, neste contexto específico de pandemia COVID-19, o tempo não foi a única variável prioritária, sendo igualmente prioritária a segurança da pessoa e a dos profissionais de saúde. Nesta linha de pensamento, a avaliação e abordagem da pessoa vítima de AVC, no contexto atual da pandemia, deve ser um equilíbrio entre a prestação de cuidados adequadas com o risco de exposição para o doente e para os profissionais de saúde (Khosravani, Rajendram, Notario, Martin & Menon, 2020).

Na abordagem à pessoa com défice neurológico agudo na SE identifiquei como contexto problemático o elevado tempo de espera para a emissão dos resultados do ionograma. Estes são cruciais para a decisão do tratamento em doentes anticoagulados, uma vez que o tratamento fibrinolítico deve ser evitado se o doente tomar anticoagulantes orais, à exceção dos que tomam varfarina e o INR é inferior a 1.7 ou que façam apixabano, dabigatran, rivaroxabano ou edoxabano, mas não tenha tomado nas últimas 48h antes do AVC (ESO, 2021). Existem situações clínicas, nomeadamente de afasia, alteração do estado de consciência, entre outras, em que apenas nos é possível saber se os doentes tomam anticoagulantes orais, através do resultado analítico. Assim a minha proposta de melhoria seria a utilização do *Direct Oral Anticoagulant Sensing – DOASENSE*. Este teste é um método não invasivo que consiste na colheita de uma amostra de urina para uma tira de urina, tendo uma duração de 2 a 3 segundos de colheita, no intuito de detetar anticoagulantes orais, sendo o resultado obtido em 10 minutos (*The National Institute for Health and Care Excellence*, 2021). Na minha perspetiva, a utilização deste método seria uma mais valia, antecipando o início do tratamento.

Durante o estágio também pude desenvolver as minhas competências e capacidades no que concerne à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de síndrome coronário agudo.

O SU do CHTV tem integrada a Via Verde Coronária (VVC), sendo esta uma estratégia implementada por todo o país, com o intuito de melhorar a acessibilidade precoce dos doentes em situação de doença cardíaca aguda aos cuidados médicos mais adequados (DGS, 2015).

No SU do CHTV, a ativação da VVC é feita através da triagem, em situações clínicas de dor torácica, no sistema de triagem de Manchester, é selecionado o fluxograma dor torácica, desencadeando a ativação da VVC e a realização de eletrocardiograma (ECG).

O CHTV possui uma sala de hemodinâmica, que funciona 7 dias por semana durante 24 horas, sendo assim considerada como Centro de Nível I, estando habilitada para a realização da Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária.

Os doentes admitidos no SUP do CHTV, maioritariamente, já vêm encaminhados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), o que acelera o processo de revascularização, uma vez que o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) estabelece o diagnóstico, inicia o tratamento e encaminha a pessoa para o hospital mais adequado. Os doentes que vem acompanhados pelo INEM, por norma, já estão preparados para realizar a ICP primária. Nos casos em as pessoas vem pelos seus próprios meios, quando é feito o diagnóstico do enfarte agudo do miocárdio (EAM) com supradesnivelamento do segmento ST, são realizados os procedimentos para a preparação da pessoa para a sala de hemodinâmica, a fim de realizar ICP primária. Tive a oportunidade de assistir a duas angioplastias primárias com colocação de stent. A ida à sala de hemodinâmica foi uma mais valia para mim, uma vez que me permitiu refletir sobre algumas intervenções na abordagem à pessoa vítima de síndrome coronário agudo, nomeadamente na cateterização do acesso venoso periférico que deverá ser contra-lateral como acesso principal para a ICP, que é a via radial direita ou femoral direita.

Sendo confirmado EAM com supra ST, são iniciados os procedimentos para preparação do utente para a sala de hemodinâmica a fim de realizar angioplastia primária.

Está recomendado (Classe de recomendação I, nível de evidência B), que os doentes transferidos para um centro com capacidade para ICP sejam diretamente encaminhados para um laboratório de hemodinâmica, sem passarem pelo serviço de urgência e por uma UCC/UCI, contudo esta realidade não aconteceu durante a realização do estágio (Ibanez et al., 2018).

A terapêutica de reperfusão está indicada em todos os doentes com sintomas de isquémia com duração ≤ 12 horas e com elevação persistente do segmento ST (Classe de recomendação I, nível de evidência A), sendo preferencial a ICP primária à fibrinólise, desde que possa ser realizada num período de 120 minutos após o diagnóstico do EAM (Classe de recomendação I, nível de evidência A) (Ibanez et al., 2018).

A opção terapêutica de reperfusão urgente por ICP de boa qualidade e em tempo útil é a melhor opção, uma vez que apresenta menor risco hemorrágico do que a terapêutica fibrinolítica. Contudo tem de ser realizada em menos de 90 minutos desde a porta do hospital até à dilatação com balão ou menos de 120 minutos quando os doentes são transportados de outro SU onde foi efetuado o diagnóstico para um hospital com capacidade de ICP (Ponce, 2019).

É frequente o CODU encaminhar pessoas com EAM provenientes da Guarda e Covilhã. Na maioria das situações estes doentes quando são admitidos no SUP do CHTV já realizaram terapêutica fibrinolítica, sendo que muitos, à chegada, já reverteram o supra-desnivelamento do segmento ST e conseqüentemente a dor.

A avaliação e monitorização da dor torna-se fulcral nestas situações. Atendendo à prática clínica vivenciada, a morfina é a terapêutica mais utilizada como medida farmacológica para o alívio da dor, mesmo no pré-hospitalar. Porém, a administração da morfina encontra-se relacionada com uma menor absorção, atraso no início de ação e redução da eficácia dos antiagregantes plaquetários, podendo mesmo levar ao insucesso da terapêutica (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2021). A evidência mais atual, diz-nos que a utilização de opióides endovenosos deve ser utilizada para o alívio da dor (Classe de recomendação IIA, nível de evidência C), ou seja, deve ser considerada a sua utilização (Ibanez et al., 2018).

Na minha opinião uma das formas de aprendizagem é através da observação, sendo que neste nível de especialização, já tenho capacidades para refletir sobre as diferentes abordagens. Na abordagem aos síndromes coronários agudos era frequente a utilização “excessiva” da oxigenoterapia. Não está recomendada, por rotina, a utilização de oxigenoterapia em pessoas com saturações periféricas de oxigénio superiores ou iguais a 90% (Classe de recomendação III, nível de evidência B) (Ibanez et al., 2018).

Anteriormente já fiz referência às duas vias verdes integradas no SUP do CHTV, nomeadamente a VV-AVC e a VV-VVC, contudo no SUP do CHTV a Via Verde Trauma e a Via Verde Sepsis ainda não estão implementadas. A denominação Via Verde é utilizada para designar os sistemas de resposta rápida, correspondendo a um algoritmo de avaliação e tratamento de um processo patológico, em que o tempo é crucial e determinante para os resultados obtidos (CRRNEU, 2012). Face ao exposto considero fulcral a implementação das mesmas no SUP do CHTV, no intuito da obtenção de melhores *outcomes* na abordagem à pessoa vítima de trauma e sepsis.

No decorrer do estágio também pude desenvolver as minhas competências e capacidades no que concerne aos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma. A abordagem a estes doentes foram um grande desafio para mim, uma vez que o perfil destes doentes está inteiramente relacionado com a temática do meu relatório final.

A pessoa vítima de trauma apresenta uma multiplicidade de problemas complexos (ATLS, 2018). Assim, na maioria das vezes, a pessoa vítima de trauma quando é admitida no serviço de urgência é alocada à sala de emergência para avaliação das lesões e estabilização.

Foram várias as situações clínicas em que pude prestar cuidados de enfermagem ao doente politraumatizado. Tenho de realçar que estas situações foram sempre bem referenciadas pela emergência pré-hospitalar, dando-nos tempo para preparar todos os recursos e meios necessários para a sua abordagem, nomeadamente materiais e humanos. Tendo como objetivo uma abordagem eficiente, precisa, concreta e em tempo útil à pessoa vítima de trauma, adotei a metodologia “ABCDEFGHI”, realizando assim a avaliação primária e secundária.

A avaliação primária tem como objetivo tratar as lesões que comprometem de imediato a vida, através da mnemónica ABCDE, desenvolvida pela *American College of Surgeons*, considerada a mnemónica universal na prestação de cuidados. Esta abordagem traduz-se em: A (*airway*) via aérea com imobilização da coluna cervical; B (*breathing*) ventilação; C (*circulation*) circulação com controlo de hemorragia; D (*disability*) disfunção neurológica; E (*exposure and environmental control*) exposição com controlo de temperatura e privacidade (Coimbra & Coimbra, 2020).

A avaliação secundária apresenta como objetivos manter as funções vitais normais e identificar todas as lesões existentes, através da realização de um exame detalhado da cabeça aos pés (Coimbra & Coimbra, 2020). Segundo *Emergency Nurses Association*, a avaliação secundária deve ser realizada segundo a mnemónica FGHI, traduzindo-se em: F (*full vital signs, family*) avaliação dos parâmetros vitais, intervenções focalizadas e presença da família; G (*giver comfort*) promover conforto; H (*history*) história; I (*inspection*) inspeção das superfícies posteriores (ENA, 2013).

Tendo em conta a abordagem “ABCDEFGHI”, e não menosprezando nenhuma das letras da mnemónica, dou destaque à letra F (*family*), dado que a prestação de cuidados de enfermagem tem como foco a pessoa doente, mas também a sua família. Considero ter tido um papel bastante ativo, envolvendo a família/pessoa significativa em todas as situações em que estive presente, tendo em conta a vontade do doente, no intuito de ajudar o seu familiar ou amigo no processo de recuperação, mas também como alvo de cuidados, uma vez que esta experiência também pode ser negativa, marcante e mesmo avassaladora para as pessoas que rodeiam a vítima. Nesta linha de pensamento procurei estabelecer uma relação empática com a família ou pessoa de referência, envolvendo-a na situação de doença do utente. Considero que fui um elemento-chave entre o doente e cuidador, transmitindo informações corretas, articulando com a equipa de saúde, no sentido de preparar o utente e a família. Tive a oportunidade de passar pelo posto de informações, onde nesta fase com a alteração do regulamento interno do SUP de acompanhamento de doentes, o enfermeiro que assume este posto tem um papel preponderante no acolhimento, integração e acompanhamento da família ou pessoa de referência.

Algumas das situações de pessoas vítimas de trauma a quem pude prestar cuidados de enfermagem tornaram-se em situações de maior complexidade, com agravamento do estado de consciência e posteriormente necessidade de entubação endotraqueal, e outras situações que evoluíram para choque hipovolémico. Independentemente da gravidade da situação, na abordagem ao doente politraumatizado tive sempre patente as complicações associadas ao trauma, sendo o conjunto destas, comumente, designadas de “tríade letal”, e mais recentemente

denominadas de “diamante letal”. Fazem parte deste “diamante letal”, a hipotermia, a coagulopatia, a acidemia e a hipocalcemia (Ditzel et al, 2020).

Face ao anteriormente referido, dou destaque agora a uma situação clínica específica, designadamente de um indivíduo do gênero masculino, quadragenário, que foi admitido na sala de emergência devido a um acidente de viação, tendo existido choque frontal. À chegada realizada a avaliação primária:

A – Via aérea permeável. Com cervicalgias, nega parestesias dos membros. Proteção da coluna cervical com colar cervical.

B - Eupneico com necessidade de O₂ a 1 L/min por óculos nasais. Respiração espontânea, profunda. Expansão e relaxamento do tórax simétrica; FR= 14 com. Não usa musculatura acessória; Parede torácica com lesões aparentemente superficiais.

C - Monitorizado electrocardiograficamente, hemodinamicamente instável (TA=72/30mmHg, FC=110 bpm) e eletricamente estável em taquicardia sinusal. Apresenta sinais de má perfusão tecidual. Pele pálida e sudorese intensa. Aparentemente sem perdas hemáticas ativas. Bacia estável sem dor à palpação. Realizadas colheitas para H+B+C+ Tipagem.

Parámos no C, identificada uma alteração agimos em conformidade. O doente estava em choque. Com a realização do FAST foi identificado sangue dentro da cavidade abdominal, com suspeita de rotura da aorta abdominal. Foi suspensa a perfusão de soro fisiológico (SF) e foi colocado em perfusão lactato de ringer, sendo que na admissão na SE já tinham sido administrados três litros de SF, e foi iniciada a administração de uma unidade de concentrado de eritrócitos e iniciado o protocolo de ácido tranexâmico.

Em seguida foi dada continuidade à avaliação primária e subsequente avaliação secundária, com posterior transferência para o bloco operatório.

A prestação dos cuidados de enfermagem deve ter como base conhecimentos científicos e técnicos (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, 2015), falando-se assim em prática baseada na evidência, mais concretamente da enfermagem baseada na evidência. Fazendo um paralelismo entre os conhecimentos teóricos e a prática clínica, perante esta situação clínica surgiu um momento de reflexão, no intuito de dar resposta à seguinte questão: *Nas situações de trauma devem ser administrados colóides ou cristalóides? Nas situações de trauma deve ser administrado soro fisiológico ou lactato de ringer? Qual a quantidade máxima de fluidos que deve ser administrada numa situação de trauma?*

Uma revisão sistemática da literatura, realizada por Lewis, C.C., Mettert, K.D., Dorsey, C.N. *et al.*, incluiu 69 estudos, sendo 65 estudos controlados randomizados (RCT) e 4 quase-

RCT, com 30.020 participantes, cujo objetivo era avaliar o efeito do uso de colóides e cristalóides em pessoas com doença grave com necessidade de reposição volêmica sobre a mortalidade, concluiu que a utilização de colóides ou cristalóides para reposição volêmica, apresenta pouca ou nenhuma diferença na mortalidade (Lewis et al., 2018).

Já numa revisão narrativa da literatura, que inclui 11 estudos quantitativos, sendo o objetivo do mesmo analisar as razões pelas quais a fluidoterapia endovenosa é recomendada para a estabilização hemodinâmica das pessoas vítimas de trauma, apurou-se que não existe consenso na administração de fluidos nas pessoas vítimas de trauma. Os autores ainda referem que existe a necessidade de desenvolver mais estudos randomizados, com o intuito de compreender a eficácia da administração de fluidos no controlo da hipovolemia e hipotermia (Mota et al., 2020).

Na prestação de cuidados de enfermagem ao doente politraumatizado, também pude aperfeiçoar e desenvolver as minhas competências no cuidado à pessoa submetida a ventilação mecânica, uma vez que em algumas situações a via aérea estava ameaçada, tendo sido necessário a realização de intubação endotraqueal. Pude prestar cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica, com uma intervenção direta desde o processo de intubação endotraqueal e início da ventilação mecânica, bem como na manutenção dos cuidados à pessoa conectada a prótese ventilatória.

Quanto à manutenção dos cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica, considero ter tido uma atuação bastante autónoma. Ao longo do tempo fui conseguindo monitorizar os parâmetros ventilatórios e identificar as causas para a sua alteração. Por exemplo um aumento da pressão na via aérea pode significar a presença de secreções no trato respiratório, a presença de alguma obstrução da via aérea ou atelectasia. Perante estas alterações procedia de imediato à aspiração de secreções, caso não fosse essa causa realizava insuflação manual ou ainda procedia à higiene brônquica. Com a realização destas técnicas tive sempre presente as consequências inerentes, nomeadamente o barotrauma ou o pneumotórax.

Ainda na linha de atuação da manutenção dos cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica (VM) também fui capaz de monitorizar e avaliar os parâmetros gasimétricos. Na prestação de cuidados à pessoa submetida a VM tive sempre presente a antecipação de problemas e exposição a riscos, nomeadamente utilizando uma técnica limpa na limpeza das vias aéreas, através da aspiração de secreções pelo tubo endotraqueal, identificando sinais de esforço ventilatório e desadaptação à ventilação instituída, mantendo uma constante monitorização da função respiratória e avaliação das intervenções instituídas na otimização da ventilação.

Também alicerçado aos cuidados de manutenção à pessoa submetida a ventilação mecânica surge a comunicação, não só com o doente, mas também com a sua família. De realçar que face à situação epidémica atual o contacto que tive com as famílias foi muito reduzido, dada a restrição de acompanhantes. Contudo face a esta situação foi criada uma nova área funcional no SUP, sendo esta o posto de informações. Aqui o enfermeiro tem um papel preponderante no acolhimento, integração e acompanhamento da família ou pessoa de referência. Associada a esta área também foi criada uma nova intervenção de enfermagem no sistema ALERT[®], por forma a monitorizar os seus resultados, sendo ela fornecer informações à pessoa de referência.

O facto o primeiro estágio ter sido em cuidados intensivos foi facilitador para o estabelecimento da comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica, sendo que no contexto de urgência, tive oportunidade para aperfeiçoar essas competências de comunicação. As estratégias utilizadas para a comunicação com o doente submetido a ventilação mecânica foi a utilização de diferentes formas de comunicação, maioritariamente não verbais. Para conseguir perceber as suas respostas utilizei muito as respostas motoras, como o aperto de mão e o piscar de olhos. Independentemente do estado de consciência da pessoa, tive sempre a preocupação em informá-la aquando da realização de alguma intervenção ou procedimento.

Relacionada com a ventilação mecânica surge também a temática sedoanalgesia. Segundo Monte (2020), a sedação da pessoa em situação crítica deve ser evitada, sempre que não exista uma condição clínica mandatória para a sua instituição, sendo que esta se associa a um aumento no tempo da ventilação mecânica e do tempo de internamento. A minha intervenção no respeitante à sedoanalgesia passou pela preparação e administração dos fármacos, bem como na monitorização e prevenção de complicações. O doente crítico tem um tempo de permanência curto no SUP por esse motivo a avaliação e monitorização da sedação, na maioria das vezes não é possível.

Também desenvolvi competências para cuidar do doente com monitorização hemodinâmica invasiva, tendo tido um papel ativo ao longo do estágio. Esta não se restringe à leitura dos valores, mas também à sua interpretação, permitindo ajustar medidas terapêuticas, bem como implementar intervenções que evitem possíveis complicações. Para além disso também colaborei na colocação dos dispositivos para a monitorização hemodinâmica invasiva, nomeadamente de catéter venoso central e linha arterial.

Pude vivenciar e prestar cuidados a pessoas vítimas de paragem-cardiorespiratória (PCR). Durante a minha prática profissional foram poucas as situações em que pude prestar estes cuidados, contudo este ano realizei o curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) que foi uma mais valia, pois permitiu-me estar atualizada e familiarizada com o protocolo de atuação

de suporte avançado de vida, atuando assim de uma forma mais segura, com conhecimentos teóricos e também com resiliência, exigida nestas situações. Para além de pôr em prática o algoritmo de SAV, prestei cuidados pós paragem cardiorrespiratória, através da monitorização e interpretação dos valores de capnografia, oximetria, gasometria arterial, monitorização de hemodinâmica invasiva e não invasiva, débito urinário, gestão terapêutica, sedação e controlo da dor.

Como parte integrante da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pude acompanhar doentes à realização de exames complementares de diagnóstico, bem como de transferências inter-hospitalares. Nessas situações tive sempre a preocupação da preparação prévia de todo o equipamento e terapêutica de emergência necessários de modo a facilitar a minha atuação, em caso de alteração súbita da condição clínica, permitindo a implementação célere de medidas de SAV, exigindo do enfermeiro competências na capacidade de avaliação, monitorização e preparação da pessoa para tal. Não é de todo uma atividade facilitada pois a necessidade de atenção a outros fatores externos tem necessariamente de se encontrar redobrada.

Na minha prática clínica, a prestação de cuidados a doentes com feridas crónicas faz parte do meu dia-a-dia, sendo que no contexto de estágio, também pude prestar cuidados a doentes com feridas agudas. Considero que na área do tratamento e gestão de feridas, já tenho algumas competências adquiridas, tendo bem presente que é sempre possível melhorar, até porque a aprendizagem é um processo *continuum*. A primeira abordagem das feridas agudas e também de feridas crónicas é feita no serviço de urgência. Eu estando do lado do internamento, sinto dificuldades em assegurar a continuidade de cuidados no que concerne ao tratamento de feridas, pois muitas vezes este registo não é realizado ou não é o mais adequado. Por forma a colmatar esta lacuna, junto da equipa de enfermagem tentei incutir a importância do registo adequado do tratamento das feridas, com o objetivo maior de garantir a continuidade de cuidados, com consequente melhoria da ferida e benefício do doente. Nesta linha de ação, propus à equipa de enfermagem a utilização da intervenção de enfermagem – penso, sendo que nesta é possível registar o tratamento realizado. A decisão do tratamento a realizar é geradora de diversas opiniões, sendo que para atenuar este problema sugeri a utilização do acrónimo DIME (D – desbridamento; I - controlo da infeção e inflamação; M - equilíbrio da humidade; “E” - Estímulo dos bordos epiteliais), que permite escolher o tratamento mais adequado, tendo em conta o objetivo selecionado para a ferida.

O estágio na UCIP, à semelhança do SUP, foi muito rico em experiências vivenciadas e oportunidades de aprendizagem, que me permitiram atingir o objetivo delineado. Assim considero que desenvolvi e demonstrei competências na interpretação e adequação de ações

terapêuticas na monitorização não invasiva (frequência cardíaca, oximetria periférica, temperatura, pressão arterial) e invasiva (pressão arterial invasiva, pressão intracraniana); ventilação mecânica; gestão da sedo-analgésia; gestão do equilíbrio ácido-base/eletrolítico (gasometria e subseqüentes ações); hemodiafiltração venovenosa contínua (HDVVC); colaboração em procedimentos como colocação de cateter central, linha arterial, intubação endotraqueal, traqueostomia, broncofibroscopia, endoscopia digestiva alta, acompanhamento de utentes nas deslocações intra-hospitalares, entre outros.

Tal como referi anteriormente neste relatório, durante a minha permanência no serviço tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes: politraumatizados; com traumatismos crânio-encefálicos; com hemorragias cerebrais; em morte cerebral; com sépsis; pneumonia; insuficiências respiratórias graves, insuficiência renal; dadores de órgãos; status pós paragem cardiorrespiratória; puérperas; entre outros.

No que diz respeito ao doente neurocrítico, durante o estágio, as situações mais frequentes e que pude prestar cuidados de enfermagem foram o trauma crânio-encefálico (TCE), o hematoma sub-dural (HSD) e hidrocefalia.

Nos doentes neurocríticos a avaliação neurológica é feita de uma forma repetida e mais frequente. Ao longo dos turnos, avalei sistematicamente a escala de coma de Glasgow, o tamanho e a reação pupilar. Caso detetasse alguma alteração nos parâmetros anteriores informava o médico, uma vez que era sinal de deterioração do estado neurológico.

Nestas situações clínicas a avaliação da sedoanalgesia também é realizada de uma forma repetida e mais frequente, minimizando assim o doente a estímulos externos e por sua vez melhorando a pressão de perfusão cerebral. Nestes doentes também tive alguns cuidados especiais na mobilização e posicionamento dos doentes, nomeadamente a elevação do tronco a 30°- 45°, manter a cabeça numa posição neutra, mobilizações suaves e evitava a flexão extrema da articulação coxofemoral, tendo como objetivo favorecer a drenagem venosa cerebral, otimizar a pressão intracraniana e a pressão de perfusão cerebral.

A avaliação da glicemia capilar também é realizada regularmente, tentando prevenir a deterioração da função cerebral, através da morte neurónios. Quanto à monitorização da pressão intracraniana, os casos em que pude prestar cuidados de enfermagem, foram em doentes que possuíam catéter de drenagem ventricular externo com sensor de pressão intracraniana (PIC). A obtenção do valor da PIC permitia-me posteriormente calcular a pressão de perfusão cerebral (PPC), sendo que esta resulta da subtração da pressão arterial média (PAM) com a PIC. Quando a PPC aumenta a PIC diminui, devido a uma vasoconstrição arterial e subseqüente diminuição do volume sanguíneo cerebral e quando a PPC diminui, a PIC aumenta pelo fenómeno inverso.

Também tive sempre em atenção o padrão respiratório e os parâmetros gasimétricos, dado que estão diretamente relacionados com a perfusão cerebral. As situações que mais me alertavam no padrão respiratório era a hiperventilação, pois o dióxido de carbono é vasodilatador cerebral o que significa que diminui a PPC e aumenta a PIC, contudo nestes casos é permitida uma hipercápnia permissiva com o intuito de melhorar a circulação cerebral. Quanto aos parâmetros gasimétricos, para além da pressão parcial de CO₂ também tinha em atenção o valor da pressão parcial de O₂, prevenindo situações de hipóxia e evitando consequentemente uma lesão cerebral isquémica.

Neste estágio foi a primeira vez que pude contactar com sistemas de drenagem ventricular externa. Nestes sistemas tive sempre o cuidado de manter os sistemas nivelados com o lóbulo da orelha, correspondendo normalmente a uma altura de 10 a 15 cm de H₂O na coluna de medida da PIC. Também tive sempre cuidado com o “zero” do sistema de drenagem, tendo como referência o lóbulo da orelha. Para além destes cuidados mais “tecnicistas” pude também vigiar, manter a permeabilidade do sistema de drenagem e avaliar o drenado, nomeadamente o volume e a coloração do drenado, sendo o translúcido a coloração normal, bem como avaliar o local de inserção do catéter. No posicionamento dos doentes com derivação ventricular externa (DVE), o sistema de drenagem é sempre fechado, evitando assim uma drenagem excessiva com consequente alteração da PIC, sendo importante que este posicionamento seja feito de forma “suave” evitando assim tracionar o catéter. A manipulação destes sistemas foi sempre realizada de forma asséptica.

Em todos os doentes a monitorização dos parâmetros vitais é fulcral, sendo que nos doentes neurocríticos temos de dar uma importância especial à frequência cardíaca e à pressão arterial, uma vez que a bradicardia associada a hipertensão e ainda a alterações do padrão respiratório são indicativos de hipertensão intracraniana grave, comumente designado de tríade de *cushing*, requerendo uma intervenção imediata.

Durante o estágio também pude desenvolver as minhas competências e capacidades no que concerne aos cuidados de enfermagem ao doente politraumatizado. Estes doentes foram um grande desafio para mim, pois implicaram uma mobilização e aplicação de diversos conhecimentos, contudo fizeram-me desenvolver profissionalmente.

Tive oportunidade de dar a entrada de um doente politraumatizado proveniente da sala de emergência. Neste caso, considero que os cuidados de enfermagem são ligeiramente diferentes dos cuidados de manutenção, são quase cuidados imediatos, contudo o doente já está “minimamente” estabilizado. Nesta fase precoce do trauma temos de estar alerta para sinais de

choque, nomeadamente taquicardia, hipotensão, pulso rápido e filiforme, palidez e diminuição do débito urinário.

Nos doentes cujo diagnóstico é status pós-PCR, os cuidados de enfermagem são em tudo semelhantes aos cuidados ao doente crítico, sendo imperativa a monitorização eletrocardiográfica constante para identificação do ritmo cardíaco. Os conhecimentos prévios que tenho sobre eletrocardiografia foram-me bastante úteis nestas situações, tendo identificado um ritmo peri-paragem, a taquicardia supraventricular, tendo iniciado de imediato a preparação e administração de amiodarona. Nos doentes com status pós-PCR na UCIP, aplica-se o protocolo de hipotermia induzida nas primeiras 42h, tendo em vista a diminuição do metabolismo cerebral, limitação da lesão miocárdica e sistémica. De acordo com as *Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care* (2015), deve ser realizada a hipotermia induzida, logo que possível, após o retorno da circulação espontânea pós-PCR, tendo esta recomendação um grau de recomendação I. Esta guideline sugere também, com grau de recomendação I, que na hipotermia induzida se mantenha uma temperatura constante entre os 36° e os 32°.

Houve uma técnica que me marcou a nível das aprendizagens, uma vez que nunca tinha tido oportunidade de explorá-la, sendo ela a hemodiafiltração venovenosa contínua (HDVVC). Investi no desenvolvimento de conhecimentos sobre esta técnica, fazendo ao longo do estágio várias reflexões e partilha de conhecimentos sobre o assunto com o enfermeiro tutor.

A primeira vez que pude prestar cuidados de enfermagem a um doente submetido a HDVVC, foi numa situação de insuficiência renal aguda, provocada pela síndrome de perfusão do propofol. Nesta situação clínica específica a utente apresentava-se já há 40 dias na UCIP com o diagnóstico de pneumonia por COVID-19, conectada a prótese ventilatória, sedada, analgesiada e curarizada. Esta síndrome de perfusão de propofol iniciou-se com um quadro de rabdomiólise, cursando com insuficiência renal aguda. Quando foi identificado o problema a decisão médica foi iniciar a HDVVC. Pude colaborar na colocação do catéter de diálise, preparando todo o material e instrumentando o procedimento.

A síndrome de perfusão do propofol ainda não é muito estudada, sendo a sua fisiopatologia indeterminada, contudo estudos apontam para um desacoplamento da fosforilação oxidativa na mitocôndria. Esta caracteriza-se por acidemia metabólica, rabdomiólise e esteatose hepática (Pinheiro & Madureira, 2020).

Na UCIP, no contexto das técnicas de substituição renal, a HDVVC é a mais utilizada uma vez que os doentes se apresentam muitas das vezes hemodinamicamente instáveis, e esta

técnica normalmente é bem tolerada, uma vez que as alterações hidroeletrólíticas são mais graduais.

Um doente submetido a HDVVC requer bastantes cuidados de enfermagem, nomeadamente na montagem dos sistemas extracorporais, preparação do anticoagulante, monitorização horária dos parâmetros dialíticos, troca dos sacos de efluentes, monitorização dos parâmetros vitais e vigilância do local de inserção do catéter. Para além da prestação de cuidados tive sempre presentes as desvantagens deste procedimento, nomeadamente na alteração da temperatura corporal, uma vez que o sangue passa por um sistema extracorpóreo, e conseqüente alteração do débito cardíaco e perfusão tecidual. Quando o anticoagulante selecionado pelo médico é o citrato, temos de ter atenção aos valores séricos do cálcio, uma vez que o citrato é quelante destes e muitas vezes era necessária a reposição endovenosa de cálcio.

Durante o estágio foram escassas as oportunidades que tive de prestar cuidados de enfermagem à puérpera. De acordo com Fernandes (2020), as doentes do foro obstétrico são uma população pequena nos serviços de cuidados intensivos, contudo são um desafio para os profissionais de saúde que lhes prestam cuidados, devido às especificidades da grávida/puérpera.

As duas doentes a quem prestei cuidados foram admitidas na UCIP por necessidade de suporte ventilatório, por instabilidade hemodinâmica após o parto. Para além dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito do doente ventilado e instável, tive de aplicar conhecimentos de obstetrícia, nomeadamente dos cuidados no puerpério como a avaliação da involução uterina, a presença ou ausência de lóquios, a lactação, entre outros. Em ambas as situações denotei que estas doentes se encontram mais ansiosas que o “normal”, sendo que uma das senhoras referiu, após ser extubada, que a maior preocupação dela era “o bebé estar bem” e queria rapidamente vê-lo. Foi notável a articulação que existe entre a Neonatologia e a UCIP nestas situações clínicas, sempre que possível a equipa de enfermagem da neonatologia enviava fotografias dos bebés, por forma a tranquilizar as mães.

Nas situações clínicas de potenciais dadores e dadores de órgãos, os cuidados de enfermagem prestados são semelhantes aos cuidados ao doente crítico. Para existirem dadores de órgãos é necessário existir o diagnóstico médico de morte cerebral, sendo que tive oportunidade de assistir e colaborar na realização de uma prova de morte cerebral.

A prestação de cuidados ao dador ou potencial dador provocaram em mim um sentimento agridoce, sendo que por um lado estamos perante uma pessoa que faleceu, mas por outro é uma pessoa que poderá dar qualidade de vida a mais algumas pessoas. Os objetivos dos

nossos cuidados passam por manter as funções vitais dos órgãos, através da oxigenação, manutenção da estabilidade hemodinâmica, eletrolítica e da temperatura corporal. É comum o aparecimento da hipotermia após morte cerebral, passando pelas minhas intervenções de enfermagem realizar o aquecimento, recorrendo à utilização de cobertores e aquecedores de leito. Comumente, com base nas várias situações clínicas que pude contactar, os doentes apresentavam frequentemente poliúria, sendo necessária a administração da desmopressina, sendo que associada à poliúria surge a hipernatrémia. Quanto às alterações hemodinâmicas, a mais frequente é a hipotensão, com necessidade na maioria das situações de administração de aminas vasoativas, como por exemplo a noradrenalina.

Por último irei refletir sobre os cuidados prestados à pessoa em fim de vida. Várias vezes me deparei a refletir sobre a necessidade real de cuidados intensivos em determinadas situações clínicas. As mortes que pude assistir na UCIP ocorreram após a decisão clínica de reter ou retirar medidas de suporte, sendo que estas decisões muitas vezes eram adiadas por conflitos com as famílias. Mas pergunto-me eu, será correto esse adiamento da morte inevitável? Não tenho uma resposta a esta questão, contudo considero importante que na cultura dos cuidados intensivos deve ser dada uma especial atenção aos cuidados paliativos, tendo como premissa uma morte tranquila e digna. Deste modo os cuidados prestados à pessoa em fim de vida passaram pelo alívio da dor e manutenção da dignidade da pessoa.

Fazem parte dos cuidados de enfermagem a avaliação e documentação da evolução do estado da pessoa em situação crítica, sendo feita através dos registos de enfermagem e passagem de turno. Os registos de enfermagem na UCIP do CHTV são realizados em formato de papel, não existindo uma diretriz para a elaboração dos mesmos. A metodologia que utilizei, quer nos registos de enfermagem, quer na passagem de turno, foi a metodologia ABCDE, com o intuito de transmitir a informação de uma forma mais organizada e de acordo com prioridades. Penso que seria vantajoso a informatização da informação na UCIP do CHTV, diminuindo assim o erro e rentabilizando o tempo dos profissionais.

Quanto à manutenção dos cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica, considero ter tido uma atuação bastante autónoma. Ao longo do tempo fui conseguindo monitorizar os parâmetros ventilatórios e identificar as causas para a sua alteração. Por exemplo um aumento da pressão na via aérea pode significar a presença de secreções no trato respiratório, a presença de alguma obstrução da via aérea ou atelectasia. Perante estas alterações procedia de imediato à aspiração de secreções, caso não fosse essa causa realizava insuflação manual ou ainda procedia à higiene brônquica. Com a realização destas técnicas tive sempre presente as consequências inerentes, nomeadamente o barotrauma ou o pneumotórax.

Ainda na linha de atuação da manutenção dos cuidados à pessoa submetida a VM, também fui capaz de monitorizar e avaliar os parâmetros gasimétricos. Apesar de ser o médico responsável a instituir o modo ventilatório e ajustar os parâmetros ventilatórios, o enfermeiro atua de uma forma bastante autónoma quanto ao ajuste da fração de oxigénio inspirado (F_{iO_2}), tendo por base a avaliação das gasometrias. Nas situações de hiperóxia com normocapnia reduzimos a F_{iO_2} em 10%. Na situação de hipercapnia, nós identificamos o problema e podemos sugerir o aumento da frequência respiratória, sendo essa alteração da responsabilidade médica.

Quando presto cuidados à pessoa submetida a VM tenho sempre presente a antecipação de problemas e exposição a riscos, nomeadamente utilizando uma técnica limpa na limpeza das vias aéreas, através da aspiração de secreções pelo tubo endotraqueal, identificando sinais de esforço ventilatório e desadaptação à ventilação instituída, mantendo uma constante monitorização da função respiratória e avaliação das intervenções instituídas na otimização da ventilação.

Nos casos de desadaptação à ventilação, se identificado tardiamente, leva a alterações significativas dos parâmetros hemodinâmicos. Deste modo, procurei identificar e atuar precocemente, realizando aspiração de secreções, percebendo se era necessário ajuste de terapêutica farmacológica (sedação, analgesia, medicamentos vasoativos), ou mesmo pelo toque, comunicação e posicionamento, na tentativa de tranquilizar o doente.

Na UCIP a permanência dos doentes é variável, contudo nos doentes submetidos a ventilação mecânica que permanecem mais de 7 dias sob ventilação mecânica, e não é expectável a sua recuperação breve, é realizada a traqueostomia, permitindo assim evitar a traqueomalácia e/ou lesão das cordas vocais. Tive oportunidade de assistir à realização de uma traqueostomia na unidade, sendo que o enfermeiro tem um papel preponderante na preparação do doente e do material. Apesar de não ter incluído este objetivo no meu projeto, o cuidado à pessoa com traqueostomia está intimamente ligado à pessoa submetida a ventilação mecânica. Pude prestar cuidados ao estoma e pele peri-estoma na traqueostomia, proceder à sua vigilância, realizar aspiração de secreções, limpeza e substituição da cânula interna.

Relacionada com a ventilação mecânica surge a sedoanalgesia. Segundo Monte (2020), a sedação da pessoa em situação crítica deve ser evitada, sempre que não exista uma condição clínica mandatória para a sua instituição, sendo que esta se associa a um aumento no tempo da ventilação mecânica, do tempo de internamento e da taxa de mortalidade nas unidades de cuidados intensivos.

A escala utilizada no serviço para a avaliação e monitorização da sedação é a escala de agitação-sedação de Richmond (RASS), sendo que esta é registada no plano de cuidados diários

de enfermagem, pelo menos 1 vez por turno. Para a avaliação e monitorização da dor é utilizada a escala de Campbel modificada (ESCID) e a EVA, sendo a avaliação feita pelo menos duas vezes por turno, a primeira avaliação no início do turno, durante a 1ª hora, ou na chegada do doente, após a sua estabilização, e a segunda avaliação é realizada durante um procedimento considerado doloroso, como por exemplo aspiração de secreções, posicionamento, tratamento a feridas.

Na minha opinião, alicerçado aos cuidados de manutenção à pessoa submetida a ventilação mecânica surge a comunicação, não só com o doente, mas também com a sua família. De realçar que face à situação epidémica atual o contacto que tive com as famílias foi muito reduzido, dada a restrição de visitas. Ainda assim, todos os dias é feito um ponto de situação com o familiar de referência, pelo médico de serviço, sobre o estado clínico do doente, tendo-me apercebido que temos de ter alguma delicadeza na forma como a informação é transmitida. Digo isto pois mesmo que a situação clínica seja muito complexa, se transmitirmos informação positiva, os familiares tendem a captar a informação que mais beneficia o estado do doente, assim acho pertinente a racionalização da informação transmitida, com o intuito de não dar “falsas esperanças”.

No respeitante à comunicação, nas primeiras semanas do estágio senti alguma dificuldade em perceber o que realmente o doente me queria transmitir. Apesar disso, implementei algumas estratégias para atenuar essa dificuldade, nomeadamente assistir a pessoa na interpretação dos estímulos recebidos, utilizar as diferentes formas de comunicação quer verbal, quer não verbal, para conseguir perceber as suas respostas utilizei muito as respostas motoras, como o aperto de mão e o piscar de olhos, e informá-lo aquando da realização de alguma intervenção ou procedimento, mesmo nas situações de alteração do estado de consciência.

Aquilo que consegui transpor da minha prática profissional para o contexto dos cuidados intensivos foi o estabelecimento de uma relação empática. Considero que esta também foi facilitadora no estabelecimento da comunicação com os doentes, pois senti que muitas vezes os doentes que estão conectados a prótese ventilatória ficam frustrados por não se conseguirem fazer perceber, utilizando mesmo a expressão corporal do “encolher de ombros” e ao termos uma boa relação empática denotei que esse sentimento é diferente, pois eles sabem que vamos fazer de tudo para os conseguirmos entender.

Segundo Mendes & Miguel (2020), existem vários protocolos para que o médico decida o desmame ventilatório, contudo é consensual que a patologia de base, a sua evolução e o tempo de VMI permitem avaliar os critérios para o seu desmame. Para iniciarem o desmame da VM os doentes devem ser submetidos a uma prova de ventilação espontânea, sendo que para isso o

doente não deve possuir suporte aminérgico, bem como de sedação, mas deve ter a presença de reflexo de tosse e deglutição. Considera-se que o desmame ventilatório teve sucesso, quando o doente não tem necessidade de ser conectado ao ventilador até às 48h após a retirada do suporte ventilatório (Mendes & Miguel, 2020).

Na UCIP do CHTV existe um protocolo para proceder ao desmame da VM e extubação, contando sempre com os aspetos clínicos e individuais do doente, sendo esta decisão da responsabilidade médica, com a colaboração da equipa de enfermagem.

Este objetivo encontra-se intimamente relacionado com o anterior. Durante o estágio a minha intervenção no desmame da ventilação mecânica foi diária, sendo este processo sequenciado na passagem de uma ventilação controlada para uma ventilação de suporte e posteriormente para oxigenação por “peça em T”.

Durante este processo tive sempre um papel ativo, realizando várias intervenções, nomeadamente: avaliar o estado de consciência, monitorizar a função respiratória, identificar sinais de esforço ventilatório e desadaptação à ventilação instituída, adotar medidas de otimização da ventilação, como por exemplo posicionar o doente em *fowler* ou *semi-fowler*, controlar a pressão do *cuff* do tubo endotraqueal (TET), realizar aspiração de secreções quando necessário, realizar e analisar gasometrias arteriais e identificar sinais precoces de PCR.

Um achado que achei curioso e que ocorreu em quase todos os doentes durante o desmame da VM, foi nos doentes que alternam, ventilação de suporte e oxigenação em “peça em T” toleram muito melhor a “peça em T”. Este achado é muito positivo e que indica que o doente está preparado para “respirar sozinho”.

Quanto à extubação este procedimento é realizado em binómio, enfermeiro-médico. Quando o médico dá a indicação de extubar o doente, a minha preocupação era instruir o doente sobre o procedimento, colocar a sonda nasogástrica em drenagem livre, aspirar secreções caso existam, realizar a higiene oral, realizar ensinamentos, administrar o corticosteróide prescrito e posicionar o doente em *fowler* ou *semi-fowler*, para posteriormente proceder à extubação.

Perante as experiências de extubação que tive, detetei que os doentes ficam muito ansiosos e com medo deste procedimento, tendo ouvido algumas expressões como a seguinte “Tenho medo de não conseguir respirar e morrer”. Segundo Mendes & Miguel (2020), a ansiedade no momento da extubação deve-se ao facto de terem estado sujeitos a uma ventilação artificial, num ambiente hospitalar. Neste contexto, mais uma vez a comunicação tem um papel fulcral, tendo conseguido transparecer tranquilidade e confiança aos doentes.

Após a extubação a vigilância mantém-se até porque a retirada do tubo não significa que a extubação teve sucesso, sendo que esta só acontece se não existir reentubação após 48h. Os cuidados de enfermagem são semelhantes aos cuidados no desmame da VM, anteriormente

descritos. Foram poucas as situações de insucesso, contudo aconteceram, sendo os sinais de esforço ventilatório quase imediatos, nomeadamente estridor, sibilos e gorgolejo. Nestas situações houve necessidade de reentubação, daí a importância de o carro de emergência ser colocado junto à unidade do doente aquando da extubação.

Por forma a realizar um balanço das atividades realizadas, destaco que os cuidados prestados foram distintos, dependendo da pessoa que necessitava de cuidados e da patologia ou problema subjacente, contudo a minha abordagem foi sempre pautada por um denominador comum, sendo ele a abordagem ABCDE. A abordagem ao doente crítico é realizada através do ABCDE, com o intuito de identificar lesões e resolvê-las de acordo com a prioridade estabelecida (INEM, 2019). A adoção desta permitiu-me identificar focos de instabilidade, de uma forma rápida e antecipada, planeando objetiva e sistematicamente os meus cuidados, no intuito de prestar cuidados de enfermagem de excelência.

Em todas as situações fui um elemento ativo e integrante da equipa, tendo conseguido assumir um papel de liderança e gestão dos cuidados. No decorrer do estágio desenvolvi eficiência na abordagem à pessoa em situação crítica e sua família, através da capacidade de transposição e transformação dos conhecimentos diferenciados.

1.4. Avaliação por competências

A avaliação dos resultados obtidos só pode ser realizada mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos, realçando que estes já tinham sido definidos no projeto de estágio, por forma a direcionar as competências adquiridas para determinadas potencialidades.

Anteriormente neste relatório, já tinha referido que foi possível a consecução dos objetivos específicos, deste modo também foi possível a aquisição quer de competências comuns quer de competências específicas. Em seguida irei proceder à avaliação das competências comuns e específicas adquiridas no presente estágio.

Em relação à ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal esta foi atingida com excelente. Ao longo de todo o estágio prestei cuidados de enfermagem individualizados e humanizados, agindo em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da prática profissional, respeitando a proteção dos direitos humanos, a segurança, a privacidade, a intimidade e a dignidade da pessoa doente, bem como dos seus familiares ou pessoa significativa. Na procura da excelência do exercício profissional, procurei também analisar e refletir sobre os meus atos, no intuito de reconhecer eventuais falhas que requeiram uma mudança, para além disso procurei sempre fundamentar a minha *praxis* clínica em decisões conscientes, contextualizadas e devidamente justificadas. Assim, adquiri com sucesso

competências no âmbito da garantia da prática de cuidados sob o respeito dos direitos humanos, as responsabilidades profissionais e a prática de cuidados.

Quanto ao domínio da gestão da qualidade, considero ter atingido com excelente, tendo em conta as atividades realizadas. Através de toda a minha prática, participei de forma ativa em programas de melhoria contínua da qualidade, colaborando em projetos institucionais na área da qualidade, especialmente na área relacionada com a cultura de segurança do serviço, nomeadamente com a elaboração do projeto de melhoria contínua – Uniformização dos registos de enfermagem na sala de emergência. Para além disso pude também criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

No domínio da gestão de cuidados, considero ter sido autónoma e proactiva, participando na tomada de decisões, colaborando na instrução e demonstração de práticas, otimizando o trabalho adequando os recursos às necessidades de cuidados, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados. Para além disso, demonstrei que sou capaz de trabalhar em equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos em função das situações e ao contexto com o objetivo da otimização da qualidade de cuidados. Face ao exposto, autoavalio-me nesta competência com excelente.

No respeitante ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tive a oportunidade de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, realçando que a minha *praxis* clínica especializada foi sempre baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos e na mais atualizada evidência científica. Face ao exposto, autoavalio-me nesta competência com excelente.

Relativamente à competência específica *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa*, esta foi atingida com excelente, sendo esta avaliação feita em função das evidências das atividades realizadas, já anteriormente descritas.

Em relação à competência específica *Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*, na minha opinião foi alcançada com excelente. Face à situação pandémica atual pude desenvolver ações, de forma autónoma, em situação de catástrofe. A prestação de cuidados dentro da conjuntura da pandemia COVID-19, permitiram-me conceber, planear e gerir os cuidados de forma pronta e sistematizada.

Por último no que diz respeito à competência específica *Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*, faço a sua avaliação com excelente. Ao longo do estágio tive uma prática autónoma nesta área, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da

infecção perante a Pessoa face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil. Para além disso, a minha prática clínica foi baseada nas normas e protocolos do serviço e institucionais, no que diz respeito à Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos.

Referências Bibliográficas

- ATLS (2018). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual*, 10a edição. Chicago: American College of Surgeons. Acedido em <https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf>
- Balghith, M. A., Arifi, A. A., Ahmed, D. M., & Metwally, A. M. (2020). The Impact of COVID-19 Pandemic on the Hospital Management of TAVI Patients: TAVI Team Thoughts and Recommendation. *J Saudi Heart Assoc*, 32(5), 11-15. doi:10.37616/2212-5043.1030
- Coimbra, N., & Coimbra, P. (2020). Trauma. In Pinho, J.A. (Coord.). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 255-266). Lisboa: LIDEL.
- Cunha, C., Macedo, A., Vieira, I. (2017). Perceções dos estudantes de enfermagem sobre os processos formativos em contexto de ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*; 65-74. <https://doi.org/10.12707/RIV16072>
- Ditzel, R.M. Jr, Anderson, J.L., Eisenhart, W.J., Rankin, C.J., DeFeo, D.R., Oak, S., & Siegler, J. (2020). A review of transfusion- and trauma-induced hypocalcemia: Is it time to change the lethal triad to the lethal diamond? *J Trauma Acute Care Surg*; 88(3), 434-439. doi: 10.1097/TA.0000000000002570.
- ESSV. (2020). *Guia Orientador de Estágios do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 8º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Guia Orientador de Estágios*.
- ESSV. (2021). *Guia orientador de trabalhos escritos*. Centro de Documentação e Informação.
- Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *Int J Nurs Stud*, 111, 103637. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103637
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A., & Telles de Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica Hospital Prof Dr Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20.
- Ibanez, B., Stefan, J., Stefan, A., Antunes, M.J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A.LP., Crea, P., Goudevenos, J.A., Sigrun, S. et al. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*; 39, 119–177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393
- Khosravani, H., Rajendram, P., Notario, L., Martin, G.C., & Menon, B.K. (2020). Protected Code Stroke Hyperacute Stroke Management During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Special Reports*; VoL. 51, 6, 1891-1895. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029838>
- Le Boterf, G. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *Revista Infad de Psicologia*. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>

- Oliveira, K. K. D., Freitas, R. J. M., Araujo, J. L., & Gomes, J. G. N. (2020). Nursing Now and the role of nursing in the context of pandemic and current work. *Rev Gaucha Enferm*, 42(spe), e20200120. doi:10.1590/1983-1447.2021.20200120
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade do cuidados de Enfermagem. *Conselho de Enfermagem - DIVULGAR*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, Outubro). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, pp 1-112. Acedido por <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ponce, P. (2019, Julho). Manual de Urgência e Emergências. Tratamento da dor Aguda no serviço de Urgência. 3ª ed. Lidel. ISBN 978-989-752-407-3
- Portugal, Lei n.º 27/2006, (2006, julho 3). Lei de Bases da Protecção Civil. *Diário da República*, 1 (126), pp. 4696-4706. <https://dre.pt/application/conteudo/537862>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017) *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. *Diário da República*, 2 (28), pp 3882 (2) – 3882 (10). Acedido em <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Portugal, Regulamento n.º 429/2018, (2018, julho 16). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2 (135), pp. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º 429/2018, (2018, julho 16). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2 (135), pp. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Ordem Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp. 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Scarton, J., Claro, L., Paula, S., Perim, L., Ventura, J. & Medeiros, S. (2020). Formação permanente: contribuições para a prática pedagógica do enfermeiro. *Research, Society and Development*. Acedido em: https://www.researchgate.net/publication/338424261_Formacao_permanente_contribuicoes_para_a_pratica_pedagogica_do_enfermeiro

- Silva, D.M., & Silva, E.V.M.B. (2016). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education Technologies and Health*; 103-119. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/266878448_Ensino_clinico_na_formacao_em_enfermagem
- The National Institute for Health and Care Excellence (2021). DOAC Dipstick for detecting direct oral anticoagulants. Medtech innovation briefing. Acedido em www.nice.org.uk/guidance/mib248
- The National Institute for Health and Care Excellence (2021). DOAC Dipstick for detecting direct oral anticoagulants. Medtech innovation briefing. Acedido em www.nice.org.uk/guidance/mib248
- Vieira, M., Souto, E., Souza, S. Lima, C., Ohara, C., Domenico, E. (2016). Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. RENOME: Brasil.
- World Health Organization. (2020, September 20). *World Patient Safety Day 20*. Acedido em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2020>

Parte II


2. Perfil da pessoa vítima de trauma de acidente de viação admitida no serviço de urgência

Profile of the person victim of road accident trauma admitted to the emergency department


Inês João Rodrigues Trigo¹

 0000-0002-0382-5572

Olivério de Paiva Ribeiro²

 0000-0001-7396-639X

Mauro Alexandre de Almeida Coelho³

 0000-0001-7091-4420

¹ Hospital Privado Casa de Saúde São Mateus, Viseu, Portugal

² Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal

³ Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Autor de correspondência:

Inês João Rodrigues Trigo

E-mail: ines.trigo@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O estudo do perfil da pessoa vítima de trauma de acidente de viação admitida no serviço de urgência torna-se fundamental, para que se possa otimizar a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Objetivo: Determinar o perfil da pessoa vítima de trauma de acidente de viação admitida num serviço de urgência de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal.

Métodos: Estudo de análise quantitativa, descritivo-correlacional, em coorte retrospectivo, numa amostra não aleatória de conveniência de 371 utentes que recorreram ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar da região centro do país. A recolha de dados incluiu os episódios de urgência cuja etiologia fosse o trauma por acidente de viação entre 1 de janeiro a 30 de junho

de 2020, através da informação recolhida pelo Sistema de Informação Alert®, perfil administrativo e consulta dos episódios de urgência, suportada numa grelha *ad hoc*, construída pela investigadora.

Resultados: Prevalência do género masculino (60,6%), com média de idade de 46,72 anos, maior prevalência de admissões no mês de fevereiro (22,9%), no turno da manhã (45,0%) e nas sextas-feiras (19,1%), maior atribuição na prioridade urgente 56,6%), fluxograma prevalecte foi o grande traumatismo (72,8%), com um discriminador mais presente de dor moderada (45,3%), como principal diagnóstico o acidente de viação (n=152; 41,0%), com automóvel (67,9%). O nível de Risco Clínico mais prevalente foi o risco moderado, em 94,7%, com distribuição também mais elevada para ambos os géneros. À medida que diminui o Risco Clínico aumenta o score do Índice de Gravidade de Trauma, significando melhor sobrevida das vítimas de acidente de viação.

Conclusão: Na gestão adequada da assistência à pessoa vítima de trauma por acidente de viação deve considerar-se o nível de risco e a gravidade das suas lesões, verificando-se ainda, que a idade é preditora do Risco Clínico e que o tempo desde a triagem até à primeira observação médica é preditora do Índice de Gravidade de Trauma, devendo assim estas variáveis serem valorizadas e monitorizadas.

Palavras-chaves: Trauma; Acidente de viação; Risco clínico; Índice de Gravidade de Trauma; Serviço de Urgência

ABSTRACT

Introduction: The study of the profile of the person victim of road accident trauma admitted to the emergency room is essential, so that differentiated care of excellence can be provided.

Objective: Determination of the profile of the person victim of road accident trauma admitted to an emergency room of a Hospital Center in the central region of Portugal.

Method: Quantitative, descriptive-correlational analysis study, in a retrospective cohort, in a non-random convenience sample of 371 users who used the Emergency Department of the Hospital Center in the central region of the country. Data collection included emergency episodes whose etiology was trauma caused by a road accident between the 1st of January and 30th of June ,2020, through information collected by the Alert® Information System, administrative profile and consultation of emergency episodes, supported on an ad hoc grid.

Results: Prevalence of males (60.6%), with a mean age of 46.72 years, higher prevalence of admissions in February (22.9%), in the morning shift (45.0%) and on Fridays. fairs (19.1%),

the highest attribution in the yellow priority (56.6%), the prevailing flowchart was major trauma (72.8%), with a more present discriminator of moderate pain (45.3%), as the main diagnosis the road accident (n=152; 41.0%), with a car (67.9%). The most prevalent clinical risk level was moderate risk, at 94.7%, with a higher distribution for both genders. As the clinical risk decreases, the trauma severity index score increases, meaning better survival for traffic accident victims.

Conclusion: In the proper management of the assistance to the person victim of trauma by road accident, the level of risk and the severity of their injuries must be considered, verifying that age is a predictor of clinical risk and that the time from triage to the first medical observation is a predictor of the trauma severity index, so these variables should be valued and monitored.

Key Words: Trauma; Road accident; Clinical risk; Trauma severity index; Emergency Service

Introdução

O trauma e os acidentes de viação subsequentemente são considerados um problema de saúde pública, com destaque a nível mundial, pelo impacto na morbimortalidade da população em geral, pela repercussão económica e social, bem como pela procura constante dos serviços de urgência por vítimas de trauma (Almeida et al., 2020).

As evidências científicas documentam que os acidentes de viação são a principal causa de morte violenta e de trauma (James et al., 2020; Mateus et al., 2020). A nível mundial, aproximadamente 1.3 milhões de pessoas morrem a cada ano em consequência de acidentes de viação. Em Portugal, no ano de 2019, foram múltiplos os atendimentos nos serviços de urgência motivados por lesões provocadas por acidente, sendo que 2.492 pessoas vieram a falecer (Instituto Nacional de Emergência Médica, INE, 2021).

Atendendo a esta problemática é necessário que a abordagem e cuidados prestados a estas vítimas sejam cada vez mais eficazes, na medida em que a pessoa necessita de cuidados contínuos e especializados, desde o momento da admissão até à alta hospitalar (Santos et al., 2018). O enfermeiro é detentor de formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, sobretudo em contexto de grande complexidade, reúne competências específicas que lhe possibilitam atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de emergência.

O Serviço de Urgência é o local onde, entre outras situações, são admitidas pessoas vítimas de trauma e lhes são prestados cuidados de saúde. Reúne as condições para o estudo do Índice de Gravidade de Trauma dada a grande afluência de vítimas de trauma que a ele recorrem. O estudo desenvolve-se no Serviço de Urgências de um Centro Hospitalar da zona centro de Portugal,

após cumprir e respeitar os procedimentos éticos. Alicerçado nestes pressupostos, definiram-se as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de risco clínico mais prevalente das vítimas de trauma por acidente de viação assistidas no serviço de urgência?
- Qual o índice de gravidade de trauma das vítimas de trauma por acidente de viação assistidas no serviço de urgência?

Face ao exposto, o estudo tem como objetivo determinar o Índice de Gravidade de Trauma nas pessoas vítimas de acidente de viação admitidas no Serviço de Urgência.

1.5. Enquadramento teórico

Acidentes de viação

Os acidentes de viação, mundialmente, configuram-se um problema de saúde pública provocando milhões de mortes durante o ano e causando incapacidades temporárias ou permanentes nas vítimas (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2015). Na Europa, no ano de 2019 estima-se que tenham falecido 22.800 pessoas nas estradas europeias, como consequência de acidente de viação, sendo que mais de um milhão de pessoas sofreram ferimentos em resultado destes, dos quais 120 mil com consequências graves. Em Portugal, de janeiro a maio de 2021, registaram-se 9.105 acidentes de viação com vítimas, dos quais resultaram 108 vítimas mortais, 633 feridos graves e 10.404 feridos leves (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, ANSR, 2021).

A OMS (2021) define acidentes de viação como uma colisão ou incidente que ocorra na via pública, que envolva pelo menos um veículo em movimento, sendo contemplados colisões entre dois ou mais veículos, entre veículos e peões, entre veículos e animais ou obstáculos fixos, entre veículos rodoviários e ferroviários, ou envolvendo apenas o veículo rodoviário. Estes podem também ser definidos como uma ocorrência imprevista, súbita e anormal que ocorre na via pública como consequência da circulação rodoviária, provocando vítimas ou danos materiais, quer o veículo se encontre em movimento ou repouso (INE, 2021).

Em Portugal os acidentes de viação podem caracterizar-se quanto à sua natureza, dividindo-se em despiste, atropelamento e colisão. No primeiro semestre de 2021, em Portugal, a natureza do acidente mais frequente foi a colisão, correspondendo a 53,3% dos acidentes e representando 40,9% das vítimas mortais, correspondentes ao mesmo período. “Apesar de cada um destes padrões ter variações, a identificação precisa do tipo de impacto ocorrido fornece informação

essencial para poder identificar eventuais lesões resultantes do evento traumático” (INEM, 2012, p. 12).

As vítimas de acidentes de viação podem apresentar vários danos, quer físicos quer psicológicos, tanto para as vítimas como para os seus familiares. Os danos físicos podem ser categorizados em mortos; feridos graves e feridos ligeiros. As vítimas classificadas como feridos graves podem apresentar escoriações, fraturas ósseas, lesões medulares, paraplegia ou tetraplegia, hipovolémia, lesões em órgãos internos, amputações de membros, queimaduras graves, incluindo, ainda, amnésia, alteração do estado de consciência ou coma resultantes de traumatismo (Esmeraldo, 2016). Muitas das lesões graves são incapacitantes ou afetam a vida das vítimas, com custos económicos significativamente elevados, estimando-se, anualmente, em cerca de 3% do produto interno bruto (PIB) dos países (OMS, 2021).

De acordo com a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR, 2020, p. 3), no primeiro trimestre de 2020 registaram-se 6.746 acidentes com vítimas em Portugal Continental, tendo resultado em “82 vítimas mortais ocorridas no local do acidente ou durante o transporte até à unidade de saúde, 407 feridos graves e 8.032 feridos leves”. Ainda em conformidade com a mesma entidade, numa comparação com o mesmo período de 2019, registou-se uma melhoria nos principais indicadores de sinistralidade: “menos 1303 acidentes com vítimas (-16,2%), menos 35 vítimas mortais (-29,9%), menos 82 feridos graves (-16,8%) e menos 1615 feridos leves (-16,7%)”. A colisão configurou-se como a causa do acidente mais frequente (52,0% dos acidentes com vítimas, 50,1% dos feridos graves e 57,1% dos feridos leves), embora o maior número de vítimas mortais tenha resultado de despistes (41,5%). Em comparação com o período homólogo, nesta tipologia de acidentes houve uma redução de 15 vítimas mortais (-30,6%) e 20 feridos graves (-12,7%). Quanto aos atropelamentos, registou-se o mesmo número de vítimas mortais e uma diminuição de 64 feridos graves (-49,2%). Em termos de colisões, observou-se um decréscimo de 20 vítimas mortais (- 43,5%) e um aumento de 2 feridos graves (+1,0%) (ANSR, 2020, p. 3).

Atualmente, os traumas destacam-se em grande número nas estatísticas de diagnósticos e internamentos hospitalares, como resultado do aumento do número de veículos automóveis em circulação, estando entre os traumas mais preponderantes que afetam os mais jovens e a população ativa. Tornaram-se num grande problema de saúde pública, uma vez que são uma das principais causas de mortalidade, para além de resultar em sequelas a nível funcional, resultando, assim, em elevados custos económicos e sociais (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2021). De acordo com o mesmo organismo, os acidentes de viação são a oitava principal causa de morte no mundo e a primeira entre os jovens na faixa etária dos 15 aos 29 anos. A

nível mundial estima-se que, em 2030, os traumas resultantes de acidentes de viação sejam a quinta causa de morte, caso não sejam implementadas mais medidas de prevenção para reverter esta tendência crescente. Entre as principais consequências do trauma estão as fraturas da coluna vertebral, o traumatismo crânio-encefálico (TCE), o trauma torácico, o politraumatismo, fratura dos membros, contusão dos membros, fratura do esterno e trauma cervical. No seu estudo, Seide et al. (2015), com uma amostra de 230 pessoas vítimas de acidentes de viação, constaram que a maioria eram homens 71,7% e a relação homem/mulher foi de 2,6:1. A idade das vítimas variou de 14 a 80 anos com a média de 32,15±14,38 anos. O TCE (50,4%) e as fraturas/contusões dos membros (47,0%) foram os traumas mais comuns. A análise da regressão mostrou que a idade das vítimas ($\beta=0,16$, $p < 0,05$), a pressão arterial sistólica na admissão ($\beta=-0,35$, $p < 0,001$) e a Escala de Coma de Glasgow ($\beta=-0,44$, $p < 0,001$) foram preditores estatisticamente significativos de mortalidade entre as vítimas. Jain et al. (2020) avaliaram o perfil clínico e epidemiológico de pessoas vítimas de trauma admitidas num serviço de urgência no leste da Índia. Foi realizado um estudo de observação prospetivo durante o período de dezembro de 2018 a julho de 2019. Os resultados mostram um predomínio de homens, com o grupo etário dos 21-30 anos a ser preponderante, a ambulância foi o meio de transporte para o hospital predominante (58%). Os acidentes de viação representaram 75% das vítimas; 35% das pessoas usavam capacete; 41% usavam cinto de segurança (condutores 34%, passageiros 12%) e 25% conduziam sob efeito do álcool. A fratura dos membros representou 54% dos casos e o traumatismo crânio-encefálico 50%, tendo sido estes os traumas padrão prevalecentes, com metade das vítimas politraumatizadas (*Injury Severity Score*, ISS > 15; em 52% dos casos). Nascimento et al. (2020) descreveram o perfil clínico e epidemiológico de pessoas vítimas de traumas internadas num hospital universitário do Maranhão. Tratou-se de um estudo descritivo transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado a partir da análise da informação recolhida pelo Sistema de Informação, perfil administrativo e consulta dos episódios de urgência. A amostra era constituída por 251 casos de pessoas vítimas de trauma, no qual houve predomínio do sexo masculino (52,59%), solteiros (51%), baixo nível de escolaridade (35,3%) e a média de idade foi de 45,4 anos. Os acidentes de viação representaram 27,8% de vítimas de trauma, particularmente fraturas dos membros inferiores, sendo 33,47% fraturas do fémur, 23,11% da tíbia e 11,95% do tornozelo.

A consequência da modernização da sociedade tem-se refletido também numa multiplicidade de traumas não intencionais que se tornaram uma epidemia global (Jain et al., 2020). O trauma por acidente de viação é uma das causas para o grande aumento do número de pessoas vítimas que recorrem ao serviço de urgência. De forma a diminuir a morbidade e mortalidade das pessoas vítimas de trauma é necessário que a abordagem e os cuidados prestados sejam cada

vez mais eficazes, na medida em que a pessoa necessita de cuidados contínuos e especializados, desde o momento da admissão até à alta hospitalar (Santos et al., 2018). Os enfermeiros, no serviço de urgência, encontram-se numa posição privilegiada para responder às necessidades das pessoas vítimas de acidente de viação, prestando os cuidados de enfermagem necessários, agilizando o acompanhamento, bem como programando e preparando a alta. Assim, os cuidados prestados nos serviços de urgência configuram-se como um mecanismo fundamental para minimizar as lesões nas vítimas de trauma por acidente de viação (Corrêa et al., 2020).

Trauma e gravidade das lesões

O trauma consiste num dos maiores problemas de saúde a nível mundial, responsável pelo aumento da mortalidade e morbidade da população em geral (Almeida et al., 2020). Pode ser definido como um evento, conjunto de eventos ou de circunstâncias vivenciadas pela pessoa de uma forma prejudicial, quer física, quer emocional, podendo mesmo ser fatal. Tem repercussões duradouras no bem-estar biopsicossocial e espiritual da pessoa e sua família (SAMHSA, 2014). Inclui lesões provocadas por acidentes, catástrofes naturais, abusos sexuais, físicos, financeiros ou psicológicos, violência doméstica e alguns distúrbios psicológicos, nomeadamente o transtorno de stresse pós-traumático (*Emergency Nurses Association*, ENA, 2019).

O trauma corresponde a uma lesão cuja intensidade, extensão e gravidade pode ser variável, dependendo do agente que a causou e da forma como ocorreu (intencional ou acidental). A lesão pode ser temporária ou permanente, com incapacidades físicas e/ou mentais, podendo mesmo levar à morte (Borges & Brasileiro, 2018).

Coimbra & Coimbra (2020) afirmam que o trauma constitui-se como um fator causal importante de mortalidade, incapacidade e diminuição da qualidade de vida em Portugal, com um elevado impacto nos índices de incapacidade da população jovem, em idade fértil e ativa, acarretando elevados prejuízos sociais e económicos para o estado e a sociedade.

Dados referentes ao ano de 2020 revelam que o trauma corresponde à segunda etiologia mais frequente de ocorrências pré-hospitalares em Portugal com quinze mil novecentas e oitenta e sete (15 987) ocorrências, no mês de dezembro, num total de cento e sete mil e noventa e oito ocorrências pré-hospitalares, nesse mesmo mês (INEM, 2021).

Estima-se que 1,25% da população da Unidade Europeia irá morrer 40 anos mais cedo do que a esperança média de vida e é expectável que mais de 20 milhões de pessoas acarretem incapacidades devido a acidentes de viação (Coimbra & Coimbra, 2020). Dados publicados pela OMS (2021) revelam que, mundialmente, 20 e 50 milhões de pessoas sofrem lesões não fatais, sendo que algumas ficam incapacitadas resultantes das lesões.

Face ao quadro de morbimortalidade por acidentes de viação, torna-se importante avaliar o perfil da vítima de trauma por acidente de viação, com destaque para a gravidade do trauma, permitindo a mensuração da severidade das lesões e para implementar intervenções que visem a preservação e a manutenção da vida (Carrapateira, 2017).

O trauma pode ser avaliado através de índices de gravidade de trauma (Carrapateira, 2017). Estes constituem-se como sistemas de triagem ou avaliação do prognóstico, tendo por base alterações fisiológicas e/ou lesões anatómicas da vítima, permitindo avaliar o risco de mortalidade e prognóstico e também comparar resultados dentro de um serviço ou entre serviços diferentes, na análise da qualidade do atendimento prestado (Lima et al., 2021). Um dos índices de gravidade de trauma mais utilizados é o índice de prognóstico avaliado pelo *Revised Trauma Score* (RTS), que integra um sistema de classificação fisiológica, tendo por base o uso dos parâmetros vitais da pessoa (Lima et al., 2021). Este sistema analisa três parâmetros fisiológicos, nomeadamente a Escala de Coma de Glasgow (ECG), pela pressão arterial sistólica (PAS) e pela frequência respiratória (FR). Os parâmetros são convertidos em valores codificados (0, 1, 2, 3 ou 4) atribuídos por intervalos determinados, cada valor é multiplicado por um coeficiente ponderado antes de ser adicionado (Figueiredo, 2021). O RTS é calculado usando a seguinte equação: $RTS = (0,9368 \times ECG) + (0,7326 \times PAS) + (0,2908 \times \text{valor do código FR})$. A RTS permite ainda estimar a probabilidade de sobrevivência da vítima de trauma, variando de 0 a 8, sendo que, quanto maior o valor final melhor o prognóstico da vítima (Jeong et al., 2017). O RTS foi o Índice de Gravidade de Trauma selecionado para dar resposta à questão de investigação: qual o índice de gravidade das pessoas vítimas de acidente de viação?

2.1. Métodos

Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em coorte retrospectivo, numa amostra não aleatória de conveniência de pessoas vítimas de trauma por acidente de viação que recorreram ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar da região centro de Portugal, entre 1 de janeiro a 30 de junho de 2020.

2.2.1. Participantes

A população definida para este estudo incluiu todos os clientes adultos com idade ≥ 18 anos, que durante 1 de janeiro a 30 de junho de 2020 recorreram ao Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal. A amostra corresponde a 371 pessoas vítimas de trauma por acidente de viação que recorreram ao referido serviço no assinalado período temporal, sendo 39,4% do género feminino e 60,6% do masculino, com um mínimo de 18 anos e um máximo de 88 anos de idade, correspondendo-lhe uma média de $46,72 \pm 19,96$ anos, cujo grupo

etário mais representativo foi o superior aos 60 anos (29,9%), seguindo pelas pessoas com idade ≤ 30 anos (28,6%), com quase a totalidade da amostra a residir no distrito de Viseu (90,5%) (cf. tabela 2).

Tabela 1: Estatísticas da idade em função do género

	N	Min	Max	M	D.P.	Sk/erro	K/erro
Feminino	146	18	88	45,63	19,58	0,241	-1,132
Masculino	225	18	88	47,42	20,20	0,125	-1,171
Total	371	18	88	47,42	19,96	0,171	-1,159

Tabela 2: Caracterização das variáveis sociodemográficas em função do género

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N (146)	% (39,4)	N (225)	% (60,6)	N (371)	% (100,0)	1	2
Grupo etário								
≤ 30 anos	42	28,8	64	28,4	106	28,6	0,1	-0,1
31-45 anos	32	21,9	46	20,4	78	21,0	0,3	-0,3
46-60 anos	33	22,6	43	19,1	76	20,5	0,8	-0,8
60 anos	39	26,7	72	32,0	111	29,9	-1,1	1,1
Distrito de residência								
Viseu	130	89,7	205	91,1	335	90,5	-0,5	0,5
Outro	15	10,3	20	8,9	35	9,5	0,5	-0,5

2.2.2. Instrumento de recolha de dados

Foram aplicados os seguintes meios de recolha de dados: os episódios de urgência cuja etiologia seja o trauma, por acidente de viação entre 1 de janeiro a 30 de junho de 2020, através da informação obtida pelo Sistema de Informação Alert®, perfil administrativo e consulta dos episódios de urgência, após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, suportada numa grelha elaborada para a recolha de dados (*ad hoc*). Assim, o instrumento de recolha de dados elaborado para o efeito, integra 45 questões, contendo variáveis sociodemográficas (idade, género, distrito de residência), variáveis de contexto (turno de admissão, dia de admissão, meio de transporte, chegada ao serviço de urgência, tempo desde admissão até à triagem, tempo até à primeira observação médica, tempo total no SU,) e variáveis de contexto clínico (fluxograma da Triagem de Manchester, discriminador, motivo de entrada no SU, encaminhamento, diagnóstico médico, natureza do acidente, exames complementares de diagnóstico, manobras de reanimação cardiorrespiratória, antecedentes pessoais, toma de medicação habitual). Para caracterizar o perfil das vítimas de acidente de viação, incluíram-se as variáveis anteriormente descritas, bem como o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma. A operacionalização

das variáveis dependentes (Risco Clínico e índice de gravidade) foi realizada, tendo por base a investigação realizada por Figueiredo et al. (2021). De acordo com Figueiredo et al. (2021), o Risco Clínico é uma variável que integra como componentes a prioridade clínica, o índice de reatividade de Glasgow e o nível de dor. Para a operacionalização da variável prioridade clínica foi atribuído o nível 6 aos doentes sem prioridade, e foi necessário inverter o sentido da variável, correspondendo assim uma maior prioridade atribuída, a um maior Risco Clínico (Figueiredo et al., 2021). Corresponde assim a prioridade clínica sem prioridade a um score de 1, não urgente a um score 2, pouco urgente a um score de 3, urgente a um score de 4, muito urgente a um score de 5 e emergente a um score de 6. De modo a possibilitar a mensuração do índice de reatividade de Glasgow foi operacionalizada esta variável da seguinte forma: Índice de Reatividade de 15 corresponde a um score de 1, Índice de Reatividade entre 13 e 14 corresponde a um score de 2 e Índice de Reatividade inferior a 13 é atribuído um score de 3. Por forma a mensurar o nível de dor foi operacionalizada esta variável da seguinte forma: sem dor (valor na escala numérica 0) = score 1, dor ligeira (valor escala numérica 1-4) = score 2, dor moderada (valor escala numérica 5-7) = score 3 e dor severa (valor escala numérica 8-10) = score 4. O score do Risco Clínico (SRC) varia entre 3 e 13, contudo, e uma vez que os elementos sem prioridade não podem ser mensurados no score de risco, este inicia-se no “não urgente (score 2)”, fazendo por isso com que a escala final do SRC seja, sem risco (score=3), baixo risco (entre 4 e 6), risco moderado (entre 7 e 9) e risco elevado (entre 10 e 13) (Figueiredo et al., 2021). O Índice de Gravidade de Trauma é avaliado através de indicadores de base fisiológica que estimam a gravidade dos doentes admitidos nos serviços de urgência, permitindo avaliar o risco de mortalidade e o prognóstico. Um dos índices de gravidade específicos de trauma mais utilizado é o índice de prognóstico avaliado pelo *Revised Trauma Score* (RTS), trata-se de um sistema de classificação fisiológica, tendo como base a utilização dos parâmetros vitais da vítima (Lima, 2021). A RTS analisa valores absolutos de cada parâmetro vital, sendo convertido em valores de zero a quatro, em conformidade com o intervalo correspondente, capaz de avaliar a morbimortalidade da pessoa vítima de trauma. Os valores das variáveis devem ser ponderados e somados, mediante a fórmula $RTS = 0,9368 \times ECG_v + 0,7326 \times PAS_v + 0,2908 \times FR_v$, onde v é o valor (de 0 a 4) correspondente às variáveis na admissão do doente. Assim para a operacionalização do Índice de Gravidade de Trauma foi atribuído um score 4 (pressão arterial sistólica (PAS) > 89, ECG = 15 e uma frequência respiratória (FR) 10-29), um score 3 (PAS 76-89, uma FR >29 e ECG 9-12), um score 2 (PAS 50-75, FR 6-9 e ECG 6-8), score 1 (PAS 1-49, FR 1-5, ECG 4-5) e score 0 (PAS=0, FR=0 e ECG=3) (Figueiredo et al., 2021). Tal como na investigação realizada por Figueiredo et al. (2021), a escala RTS utilizada foi adaptada, dada a ausência de registo no processo clínico da frequência respiratória (FR), constituindo-se assim

uma das limitações deste estudo. O resultado da escala RTS proporciona também estimar a probabilidade de sobrevivência da vítima de trauma, variando de 0 a 8, sendo que quanto maior for o valor final, melhor será o prognóstico da vítima. Tendo como base conceptual a investigação realizada por Figueiredo et al. (2021), para a operacionalização da variável Índice de Gravidade de Trauma, foi necessário considerar a saturação periférica de oxigénio e proceder à atribuição de um valor correspondente à frequência respiratória, calculando assim o índice de gravidade. Para saturações periféricas de oxigénio $\geq 95\%$ atribuímos um valor de frequência respiratória de 20 ciclos por minuto, para saturações periféricas de oxigénio entre 90% e 94% atribuímos uma frequência respiratória de 33 ciclos por minuto e para saturações periféricas de oxigénio $\leq 89\%$ atribuímos uma frequência respiratória de 9 ciclos por minuto.

2.2.3. Procedimentos éticos

A aprovação da Comissão de Ética foi garantida pelo Parecer da Comissão de Ética da instituição selecionada como participante (cf. Anexo I) como também parecer favorável do Conselho de Administração do centro hospitalar *locus* de estudo. Toda a informação recolhida foi sujeita a pseudoanonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. O acesso aos dados pela equipa de investigação teve como compromisso: respeitar os princípios de confidencialidade e privacidade inerentes à utilização de uma base de dados administrativa.

2.2.4. Análise estatística

O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao Statistical Package Social Science (SPSS) 26, tendo-se efetuado a estatística descritiva para determinar as frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias (M) e as medidas de dispersão como a amplitude de variação (mínimo e máximo), Desvio padrão (\pm) e Coeficiente de variação (CV%); medida de assimetria e achatamento. Pelo Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors, verificou-se que as distribuições dos dados referentes às dimensões das variáveis dependentes não se encontravam enquadradas na normalidade em algumas das suas dimensões ($p < 0,05$). Visto isto, assumiu-se a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para essas dimensões, o que levou à utilização, na análise inferencial, de testes não paramétricos, nomeadamente Teste U de Mann Whitney e Teste de Kruskal-Wallis. Em todos os testes, os valores de significância considerados foram 5%, $p < 0,05$.

2.3. Resultados

Variáveis de contexto

O mês de fevereiro (22,9%) foi o que apresentou mais admissões das pessoas vítimas de trauma por acidente de viação no Serviço de Urgência, seguindo-se os meses de maio (21,3%), junho (20,8%) e janeiro (19,7%). A hora de admissão no Serviço de Urgência com mais expressividade foi entre as 14h00-19h59 (44,2%), seguindo-se entre as 8h00-13h59 (29,4%), nos turnos da manhã (45,0%) e no turno da tarde (44,7%), sendo os dias da semana com maior registo de admissões a sexta-feira (19,1%), a quinta-feira (15,6%), o domingo (15,1%) e a quarta-feira (14,8%). O meio de transporte das pessoas para o Serviço de Urgência foi, na grande maioria dos casos (76,3%), o INEM. Prevaleram as pessoas que chegam ao Serviço de Urgência em maca (68,5%). No que se refere ao tempo desde a admissão até à triagem, prevaleceu um tempo superior a 10 minutos (49,9%), seguindo-se um tempo entre 6-10 minutos (38,8%), com um mínimo e um máximo a oscilarem entre 3 a 120 minutos, correspondendo a uma média de $14,46 \pm 13,35$ minutos. Registou-se maior percentagem de tempo desde a triagem à primeira avaliação médica um tempo superior a 60 minutos (32,9%), entre 31-60 minutos (32,6%) e um tempo inferior ou igual a 30 minutos (29,4%), com um tempo mínimo de 0 (zero) minutos e um máximo de 370 minutos ($M=66,64 \pm 65,32$ minutos). Quanto ao tempo total de permanência no Serviço de Urgência, prevaleceu um tempo >360 minutos (43,1%).

Variáveis de contexto clínico

O fluxograma mais prevalente para triar as pessoas vítimas de trauma por acidente de viação foi o “grande traumatismo” (72,8%), com o discriminador no Sistema de Triagem de Manchester mais presente a “dor moderada” (45,3%), seguindo-se o “mecanismo de lesão” (33,2%), sendo 56,6% dos casos triados com prioridade clínica urgente e, em 40,7%, com a prioridade clínica muito urgente, correspondendo a maioria dos casos (57,4%) à área clínica urgente e 35,6% à área clínica pouco urgente, com a especialidade responsável, em maior representatividade (48,8%) a cirurgia, seguindo-se a medicina geral e familiar (33,4%) e a ortopedia (10,2%). O motivo do trauma prevalente foi o acidente de viação com automóvel (67,9%), com 19,9% vítimas de acidente de motociclo, prevalecendo as pessoas que cuja natureza do acidente foi por despiste de automóvel (27,2%) e colisão carro-carro (23,5%). Nas pessoas vítimas de acidente de viação de automóvel, em 44 (11,9%) o *airbag* disparou, no caso de 31 pessoas (8,4%) o mesmo não disparou e 1,1% ($n=4$) não o possuíam. Constatou-se que 114 (30,7%) usavam cinto de segurança e 10 (2,7%) não o usavam no momento do acidente. Entre as pessoas que sofreram acidente de motociclo, 44 (11,9%) usavam capacete e 2 (0,5%) não o usavam. O diagnóstico médico foi, em grande parte da amostra, o acidente de viação

(n=152; 41,0%), 51 (13,7%) diagnóstico de traumatismo craneoencefálico (TCE), 26 (7,0%) fratura dos membros, 24 (6,5%) politraumatismo, 22 (5,9%) trauma torácico, 19 (5,1%) dor, sendo de referir que 10 (2,7%) pessoas tiveram como diagnóstico fratura da coluna vertebral, 5 (1,3%) fratura do esterno e 5 (1,3%) trauma cervical. O destino após a alta do Serviço de Urgência para a maioria das pessoas foi o domicílio (72,5%), tendo 12,4% ficado internadas. Nas pessoas vítimas de acidente de viação, 171 (46,1%) apresentam antecedentes pessoais, 143 (38,5%) não possuem antecedentes pessoais e 57 (15,4%) não possuímos dados. Quanto à toma de medicação habitual 159 pessoas (42,9%) toma medicação habitual, 152 pessoas (41,0%) não tomam e 60 pessoas não foi possível obter informação. As pessoas vítimas de trauma, na grande maioria, não necessitaram de manobras de reanimação cardiorrespiratória, sendo que apenas 8 pessoas (2,2%) necessitaram das mesmas.

Estatísticas relativas ao Índice de Gravidade de Trauma e risco clínico

As estatísticas relativas ao risco clínico, para o total da amostra, revelam um mínimo de 2,63 e um máximo de 7,85, correspondendo-lhe uma média de $7,76 \pm 0,50$. Os homens revelam um Risco Clínico ligeiramente superior ($M=7,28 \pm 0,79$) às mulheres ($M=7,25 \pm 0,70$). Como referido anteriormente, o Índice de Gravidade de Trauma varia entre 3 e 13, no presente estudo registou-se um score mínimo de 5 e um máximo de 9, no total da amostra e em ambos os géneros, obtendo-se uma média de $7,27 \pm 0,76$. Os homens, em média ($M=7,79 \pm 0,18$), apresentam um score mais elevado o que se traduz num melhor prognóstico, comparativamente às mulheres ($M=7,71 \pm 0,77$). Em ambas a variável, pelos coeficientes de variação, constatou-se uma dispersão baixa (< a 15%) dos dados em torno da média, assim como, médias mais elevadas no género masculino em ambas as variáveis (cf. tabela 1).

Tabela 3: Estatísticas relativas ao Índice de Gravidade de Trauma e Risco Clínico em função do género

		N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Risco clínico	Feminino	46	2,63	7,85	7,71	0,77	9,98	63,34	-18,87
	Masculino	73	6,83	7,85	7,79	0,18	2,31	30,95	-14,39
	Total	119	2,63	7,85	7,76	0,50	6,44	217,91	-42,43
Índice de gravidade de trauma	Feminino	65	5	9	7,25	0,70	10,34	5,46	0,51
	Masculino	104	5	9	7,28	0,79	10,85	3,71	0,70
	Total	169	5	9	7,27	0,76	10,45	5,21	0,90

O nível do Risco Clínico(SRC) mais prevalente é o Risco Clínico moderado em 94,7%, com distribuição também mais elevada para ambos os géneros. Não se verifica diferença

significativa para o nível de Risco Clínico em função do género ($X^2=1,059$; $p=0,303$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 2).

O Índice de Gravidade de Trauma, foi aplicado apenas em 119 participantes (32,1%), pela ausência de registo de parâmetros vitais nos processos clínicos. Nos participantes em que foi possível avaliar a escala RTS, constatou-se terem um Índice de Gravidade de Trauma, com uma distribuição semelhante entre os géneros. Não se verifica diferença significativa para o Índice de Gravidade de Trauma em função do género ($X^2=0,036$; $p=0,850$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 2).

Tabela 4: Estatísticas relativas ao nível de Risco Clínico e Índice de Gravidade de Trauma em função do género

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		n° (65)	% (38,50)	n° (104)	% (61,50)	n° (169)	% (100,0)	1	2
Nível de risco clínico									
	Baixo	2	3,1	7	6,7	9	5,3	-1,0	1,0
	Moderado	63	96,9	97	93,3	160	94,7	1,0	-1,0
Índice de Gravidade de Trauma									
	Sim	46	31,5	73	32,4	119	32,1	-0,2	0,2
	Não	100	68,5	152	67,6	252	67,9	0,2	-0,2

O score do risco clínico, teve uma variação de 5 a 9, sendo que 67,5% das vítimas de acidente de viação obtiveram um score de 7, o que atribui um nível de Risco Clínico moderado, entre 7 e 9, com distribuição idêntica para ambos os géneros. Não se verifica poder significativo estatístico para o Risco Clínico em função do género ($x^2=3,260$, $p=0,074$).

No que diz respeito ao Índice de Gravidade de Trauma, verifica-se que 46,1% das vítimas a quem foi possível avaliar a escala RTS (N =119), obteve-se um score de 7,85 pontos, com uma distribuição igual entre géneros, o que significa uma probabilidade de sobrevida entre 96,9% e 98,8%. Não se verifica diferença significativa para o Índice de Gravidade de Trauma em função do género ($X^2=3,272$; $p=0,658$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3).

Tabela 5: Estatísticas relativas ao Índice de Gravidade de Trauma e score de Risco Clínico em função do género

Género	Feminino	Masculino	Total	Residuais
--------	----------	-----------	-------	-----------

Variáveis	N° (46)	% (38,7)	N° (73)	% (61,3)	N° (119)	% (100.0)	1	2
Índice de Gravidade de Trauma (RTS)								
2,63	1	2,2	-	0,0	1	0,8	1,3	-1,3
6,83	-	0,0	1	1,4	1	0,8	-0,8	0,8
6,91	-	0,0	1	1,4	1	0,8	-0,8	0,8
7,27	1	2,2	1	1,4	2	1,7	0,3	-0,3
7,56	2	4,3	5	6,8	7	5,9	-0,6	0,6
7,85	42	91,3	65	89,0	107	89,9	0,4	-0,4
Risco Clínico(Score)								
5	2	3,1	3	2,9	5	3,0	0,1	-0,1
6	-	0,0	4	3,8	4	2,4	-1,6	1,6
7	47	72,3	67	64,4	114	67,5	1,1	-1,1
8	12	18,5	21	20,2	33	19,5	-0,3	0,3
9	4	6,2	9	8,7	13	7,7	-0,6	0,6

Relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, distrito de residência), o Índice de Gravidade de Trauma e o Risco Clínico

Quanto ao Índice de Gravidade de Trauma, verifica-se que é mais elevado para os mais novos e para as pessoas com idade entre os 31 e os 45 anos e mais baixo para vítimas mais velhas, com significado estatístico entre os grupos etários ($p=0,027$). A influência da idade sobre o Risco Clínico é mais elevada nas vítimas com idade entre os 31- 45 anos e menor para vítimas com idade inferior ou igual a 30 anos. Todavia, com a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). Estes resultados levam a inferir que a idade influencia o Índice de Gravidade de Trauma, mas não influencia o Risco Clínico das vítimas de acidente de viação (cf. Tabela 3).

No que diz respeito ao risco clínico, constatou-se que existe maior domínio das vítimas do género masculino, ao contrário do Índice de Gravidade de Trauma que prevalecem as vítimas do género feminino. No entanto, dada a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$), inferimos que o género não influencia o Risco Clínico, nem o Índice de Gravidade das vítimas de acidente de viação.

Analisando o distrito de origem da vítima, verifica-se pelas ordenações médias o domínio do distrito de Viseu para o Risco Clínico e outro distrito para o Índice de Gravidade de Trauma. Dada a relevância estatística significativa consideramos que o distrito de origem da vítima influencia o risco clínico, contudo não influencia o Índice de Gravidade de Trauma devido à inexistência de poder estatístico significativo.

Tabela 6: Resultados do teste Kruskal-Wallis U de Mann-Whitney entre o Índice de Gravidade de Trauma, o Risco Clínico e as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Risco Clínico	RTS	Teste
	Ordenação Média	Ordenação média	
Idade			Teste Kruskal-Wallis
≤30 anos	80,60	66,00	
31-45 anos	95,50	61,44	

46-60 anos	83,78	61,25	
>60 anos	81,50	53,21	
Valor do teste e (p)	3,642 (0,303)	9,218 (0,027)	
Gênero			Teste U de Mann-Whitney
Feminino	84,05	60,77	
Masculino	85,59	59,51	
Valor do teste e (p)	3318,50 (0,810)	1643,50 (0,711)	
Distrito de residência			Teste U de Mann-Whitney
Viseu	86,73	59,68	
Outro	62,42	66,00	
Valor do teste e (p)	671,000 (0,045)	303,000 (0,403)	

Relação entre as variáveis de contexto, o Índice de Gravidade de Trauma e o risco clínico

As pessoas cujo meio de transporte para o Serviço de Urgência foi o meio próprio revelaram uma ordenação média mais elevada no índice de gravidade, sendo as que foram transportadas pela VMER/SIV as que apresentaram inferior média, com relevância estatisticamente significativa ($p=0,000$). As vítimas de trauma que foram transportadas via VMER/SIV para o Serviço de Urgência revelam um Risco Clínico mais elevado e as que foram transferidas de outra unidade de saúde, um Risco Clínico menos elevado. Porém, com ausência de significado estatístico ($p>0,05$), considerando-se que o meio de transporte para o Serviço de Urgência influencia o Índice de Gravidade de Trauma, mas não o Risco Clínico das vítimas de acidente de viação (cf. tabela 5).

A operacionalização empírica da variável chegada ao serviço de urgência foi feita, tendo em conta se a pessoa vítima de acidente de viação deu entrada no serviço a deambular, de cadeira de rodas, em maca ou em maca com plano duro. As pessoas que deram entrada no Serviço de Urgência a deambular/cadeira de rodas apresentaram um valor de ordenação média mais elevado de Índice de Gravidade de Trauma, seguidas pelas que entraram de maca, com menor pontuação as que deram entrada em maca com plano duro, aferindo-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,003$). As vítimas que deram entrada de maca com plano duro revelam um Risco Clínico mais elevado, sendo o menos elevado o das pessoas que deram entrada no Serviço de Urgência a deambular ou em cadeira de rodas, com significado estatístico também para esta variável dependente ($p=0,000$). Assim, considera-se que a chegada ao Serviço de Urgência influencia o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma das vítimas acidente de viação (cf. tabela 7).

As vítimas de acidente de viação cujo turno de admissão foi a noite apresentaram uma ordenação média mais elevada no Risco Clínico e no Índice de Gravidade de Trauma. Contudo, dada a ausência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$), não se pode considerar que o

turno de admissão influencia o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma das vítimas acidente de viação.

A influência do dia de admissão no SU das vítimas de acidente de viação sobre o Risco Clínico é mais elevada ao sábado, contudo sem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$). A influência do dia de admissão no SU das vítimas de acidente de viação sobre o Índice de Gravidade de Trauma é mais elevada à quarta-feira. Constatando-se a ausência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$), infere-se que o dia de admissão no SU não influencia o risco clínico, nem o Índice de Gravidade de Trauma das vítimas de acidente de viação.

O tempo desde a triagem até à primeira observação médica revela um Risco Clínico mais elevado quando o tempo é inferior ou igual a 30 minutos, apresentando significado estatístico. Existe um maior Índice de Gravidade de Trauma nas vítimas cujo tempo desde a triagem até à primeira observação médica é superior a 60 minutos, contudo sem significado estatístico. Assim, podemos inferir que o tempo até à primeira observação médica influencia o risco clínico, mas não influencia o Índice de Gravidade de Trauma.

Mediante os dados obtidos, apura-se que as pessoas que apresentam um tempo de admissão até à triagem entre os 6 e os 10 minutos, tem um Risco Clínico e um Índice de Gravidade de Trauma mais elevados, comparativamente aos restantes tempos. Porém, dada a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$), apura-se que o tempo desde admissão à triagem não influencia o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma.

As pessoas cujo tempo de permanência no SU foi superior a 360 minutos revelaram valores de ordenação média mais elevados, quer para o Risco Clínico quer para o Índice de Gravidade de Trauma. Devido à ausência de significado estatístico ($p > 0,05$), considera-se que o tempo de permanência no SU não influencia o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma.

Tabela 7: Resultados do teste Kruskal-Wallis U de Mann-Whitney entre o Índice de Gravidade de Trauma, o Risco Clínico e as variáveis de contexto

Variáveis	Risco Clínico	RTS	Teste
	Ordenação Média	Ordenação média	
Meio de transporte			
INEM	85,25	62,63	Teste Kruskal-Wallis
VMER/SIV	104,94	39,47	
Meio próprio	75,52	66,00	
Outro	66,50	-	

Valor do teste e (p)	3,404 (0,333)	24,494 (0,000)	
Chegada ao SU			
Deambular/cadeira de rodas	74,18	66,00	Teste U de Mann-Whitney
Maca	82,53	61,47	
Maca/plano duro	130,21	97,48	
Valor do teste e (p)	20,052 (0,000)	11,753 (0,003)	
Turno de admissão			
Noite	91,45	66,00	Teste Kruskal-Wallis
Manhã	84,17	58,63	
Tarde	84,20	59,82	
Valor do teste e (p)	0,543 (0,762)	2,153 (0,341)	
Dia de admissão			
Domingo	88,48	55,53	Teste Kruskal-Wallis
Segunda-feira	80,14	61,36	
Terça-feira	77,80	60,82	
Quarta-feira	90,27	62,44	
Quinta-feira	89,69	60,78	
Sexta-feira	77,14	61,25	
Sábado	94,83	60,30	
Valor do teste e (p)	4,163 (0,655)	3,047 (0,803)	
Tempo de admissão até à triagem			
<= 5 min	84,11	59,58	Teste Kruskal-Wallis
6-10 min	89,65	60,21	
>10 min	81,08	59,98	
Valor do teste e (p)	1,695 (0,428)	0,016 (0,992)	
Tempo desde a triagem até 1ª observação médica			
<= 30 min	108,80	57,41	Teste Kruskal-Wallis
31-60 min	85,71	59,38	
60 min	68,41	62,21	
Valor do teste e (p)	26,798 (0,000)	1,536 (0,464)	
Tempo total no SU			
<= 240 min	57,41	63,34	Teste Kruskal-Wallis
241-360 mn	59,38	58,44	
>360 min	62,31	58,17	
Valor do teste e (p)	1,536 (0,464)	1,771 (0,413)	

Relação entre as variáveis de contexto clínico, o Índice de Gravidade de Trauma e o risco clínico

Apurou-se que as vítimas de acidente de viação cujo motivo de entrada no SU é o acidente com trator e motociclo tem um Risco Clínico mais elevado, ao contrário das vítimas cujo motivo de entrada no SU é o acidente de viação com motociclo. No entanto, a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) justifica aceitar que o veículo envolvido no acidente de viação não influencia o Risco Clínico (cf. tabela 4). A influência do motivo de entrada no SU sobre o Índice de Gravidade de Trauma é mais elevada nas pessoas cujo acidente de viação foi

com bicicleta, seguindo-se as que o acidente de viação foi com um automóvel, correspondendo a menor influência nas pessoas cujo veículo foi o trator, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$). Deste modo, constatamos que o motivo de entrada no SU influencia o Risco Clínico e o índice de gravidade.

O fluxograma no Sistema de Triagem de Manchester predominante para o Risco Clínico foi o “Grande Traumatismo”, revelando valores de ordenação média mais elevados, com relevância estatisticamente significativa ($p=0,014$). As pessoas que foram triadas com outro fluxograma revelaram um índice de gravidade mais elevado, porém com ausência de significado estatístico ($p=0,917$). Assim, considera-se que as vítimas triadas com o fluxograma “Grande Traumatismo” influenciam o risco clínico, mas não o Índice de Gravidade de Trauma das vítimas de acidente de viação.

O discriminador predominante para o Risco Clínico é “mecanismo de lesão”, com poder estatístico significativo. Já para o Índice de Gravidade de Trauma o discriminador predominante foi “dor moderada”, contudo sem diferenças estatísticas. Infere-se que o discriminador influencia o risco clínico, mas não influencia o Índice de Gravidade de Trauma das vítimas de acidente de viação.

Registaram-se valores idênticos no Índice de Gravidade de Trauma nas pessoas com diagnóstico de contusão do(s) membro(s), dor, fratura do esterno, trauma cervical e etilismo, seguidas pelas pessoas com diagnóstico de acidente de viação. As que tiveram o diagnóstico de fratura da coluna vertebral evidenciaram menor média de Índice de Gravidade de Trauma, resultando em diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de diagnóstico ($p=0,007$). Existe maior domínio das vítimas cujo diagnóstico foi fratura da coluna vertebral, contusão do(s) membro(s), trauma cervical, etilismo e fratura da face para o risco clínico, comparativamente com as restantes vítimas. No entanto, com inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$). Aceita-se, apenas, que o diagnóstico médico influencia o índice de gravidade das vítimas de acidente de viação (cf. Tabela 6).

As pessoas encaminhadas para área clínica de pequena cirurgia apresentaram predomínio no Índice de Gravidade de Trauma, seguidas pelas pessoas cuja área clínica foi pouco urgente, com menor pontuação as que a área clínica foi emergente, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$). Prevalece o domínio das vítimas referenciadas/encaminhadas para área clínica de pequena cirurgia no risco clínico, seguidas pelas que a área clínica foi urgente. Também aqui se apura a existência de diferenças estatísticas significativas ($p=0,000$), aceitando-se que a área clínica influencia o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma das vítimas de acidente de viação.

As vítimas de trauma que não apresentam antecedentes pessoais apresentaram uma maior pontuação quer no risco clínico, quer no Índice de Gravidade de Trauma. Podemos constatar que os antecedentes pessoais influenciam a variável índice de gravidade, com diferença estatística significativa ($p=0,005$). O mesmo não se constatou quanto ao risco clínico, não apresentando diferenças estas estatísticas significativas ($p=0,339$).

As pessoas que não tomam medicação habitualmente apresentaram uma pontuação mais elevada de Índice de Gravidade de Trauma, quando comparadas com as que tomam medicação habitualmente, com relevância estatisticamente significativa ($p=0,030$). Já no risco clínico, o valor de ordenação média mais elevado corresponde também às pessoas que não tomam medicação habitualmente, mas com inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). Assim, infere-se que esta variável independente apenas influencia o Índice de Gravidade de Trauma.

As pessoas vítimas de acidente de viação que realizaram exames de imagem apresentaram predomínio no risco clínico, o inverso acontece com o Índice de Gravidade de Trauma. No entanto, a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$) justifica aceitar que a realização de exames de imagem não influencia o risco clínico.

As pessoas que realizaram gasimetria apresentaram uma ordenação média mais elevada no risco. Constata-se que as pessoas que não fizeram estudo analítico revelaram uma maior pontuação no Índice de Gravidade de Trauma, resultando também em relevância estatisticamente significativa ($p=0,005$), enquanto no Risco Clínico a pontuação mais elevada corresponde às pessoas que realizaram estudo analítico, também com relevância estatisticamente significativa ($p=0,001$). Deste modo, aceita-se que esta variável independente influencia quer o Índice de Gravidade de Trauma, quer Risco Clínico das vítimas de acidente de viação.

As pessoas que realizaram gasimetria revelaram uma ordenação média mais elevada no risco clínico, com relevância estatística significativa. Pelo contrário as pessoas que realizaram gasimetria apresentaram uma ordenação média mais baixa no Índice de Gravidade de Trauma, igualmente com diferenças estatísticas significativas. Infere-se assim que a realização de gasimetria influencia o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma.

A influência da realização de eletrocardiograma sobre o Risco Clínico é maior nas pessoas que não realizaram eletrocardiograma, ao invés do que ocorre com o Índice de Gravidade de Trauma, sendo assim maior o índice nas pessoas que não realizaram eletrocardiograma. Apesar de paradoxal, infere-se que a realização de eletrocardiograma influencia o Índice de Gravidade de Trauma, com relevância estatística significativa, mas não influencia o Risco Clínico devido à inexistência de diferenças estatísticas significativas.

O *airbag* demonstra um aumento do índice de gravidade, sendo que a sua não aplicabilidade aumento o risco clínico. Tendo em conta a ausência de diferenças estatísticas significativas considera-se que o *airbag* não influencia o Risco Clínico e o índice de gravidade.

Verifica-se que as vítimas de acidente de viação que utilizaram capacete revelam um Risco Clínico mais elevado. O inverso ocorre com o Índice de Gravidade de Trauma, sendo este menor nas vítimas de acidente de viação que utilizaram capacete. Porém, com ausência de significado estatístico para qualquer uma das variáveis dependentes ($p > 0,05$), apura-se que o uso de capacete não influencia o Risco Clínico, nem o Índice de Gravidade de Trauma.

A utilização do cinto de segurança, paradoxalmente, revela um aumento do Índice de Gravidade de Trauma, contudo sem relevância estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Já as vítimas de acidente de viação em que o uso de cinto de segurança não é aplicável demonstram um Risco Clínico mais elevado, com valores de ordenação média mais elevados, contudo sem diferenças estatísticas significativas. Assim, justifica aceitar que o uso do cinto de segurança não influencia o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma.

Tabela 8: Resultados do teste Kruskal-Wallis U de Mann-Whitney entre o Índice de Gravidade de Trauma, o Risco Clínico e as variáveis de contexto clínico

Variáveis	Risco Clínico	Índice de Gravidade de Trauma	Teste
	Ordenação Média	Ordenação média	
Motivo de entrada no SU			
Acidente viação motociclo	93,3	59,29	Teste Kruskal-Wallis
Acidente viação automóvel	81,51	61,26	
Atropelamento	87,12	51,75	
Acidente viação bicicleta	87,80	66,00	
Acidente viação trator	98,67	6,75	
Acidente viação camião	66,50	-	
Valor do teste e (p)	2,943 (0,709)	20,359 (0,000)	
Fluxograma			
Grande trauma	89,68	59,90	Teste U de Mann-Whitney
Outro	72,48	60,29	
Valor do teste e (p)	2253,000 (0,014)	1355,000 (0,917)	
Discriminador			
Mecanismo de lesão	120,86	55,73	Teste Kruskal-Wallis
Dor moderada	72,78	63,85	
Outros	88,24	58,84	
Valor do teste e (p)	29,958 (0,000)	4,822 (0,090)	
Diagnóstico			
Fratura da coluna vertebral	99,50	37,00	Teste Kruskal-Wallis
Acidente de viação	85,09	63,86	
Traumatismo crânio-encefálico	67,98	54,55	
Trauma torácico	85,45	46,60	
Politraumatismo	82,50	60,33	

Fratura membro(s)	97,41	53,80	
Contusão membro(s)	64,00	65,00	
Dor	99,50	65,00	
Fratura do esterno	56,38	65,00	
Trauma cervical	87,50	65,00	
Etilismo	99,50	65,00	
Valor do teste e (p)	12,701 (0,471)	25,713 (0,007)	
Encaminhamento			
Pouco urgente	70,14	63,85	Teste Kruskal-Wallis
Urgente	95,06	61,53	
Emergente	37,73	37,73	
Pequena cirurgia	66,00	66,00	
Valor do teste e (p)	20,434 (0,000)	22,759 (0,000)	
Airbag			
Disparou	33,94	23,00	Teste Kruskal-Wallis
Não disparou	25,85	21,17	
Não aplicável	36,89	19,27	
Não possui	-	23,00	
Valor do teste e (p)	4,056 (0,132)	3,288 (0,349)	
Uso de capacete			
Sim	34,97	18,50	Teste U de Mann-Whitney
Não aplicável	31,21	19,19	
Valor do teste e (p)	466,000 (0,356)	130,000 (0,790)	
Cinto de segurança			
Não	33,00	25,33	Teste Kruskal-Wallis
Sim	37,28	29,29	
Não aplicável	44,39	23,38	
Valor do teste e (p)	3,139 (0,208)	5,426 (0,066)	
Realização de estudo analítico			
Não	71,78	66,00	Teste U de Mann-Whitney
Sim	93,47	56,48	
Valor do teste e (p)	2526,500 (0,001)	1386,000 (0,005)	
Realização de exames de imagem			
Não	54,70	85,92	Teste U de Mann-Whitney
Sim	66,00	59,79	
Valor do teste e (p)	258,500 (0,089)	206,000 (0,498)	
Realização de gasimetria			
Não	81,76	64,84	Teste U de Mann-Whitney
Sim	115,94	37,43	
Valor do teste e (p)	729,000 (0,001)	555,000 (0,000)	
Realização de eletrocardiograma			
Não	83,23	61,52	Teste U de Mann-Whitney
Sim	96,82	47,58	
Valor do teste e (p)	1537,000 (0,142)	527,500 (0,008)	
Antecedentes pessoais			
Não	83,16	60,75	Teste U de Mann-Whitney
Sim	77,25	54,24	
Valor do teste e (p)	2911,500 (0,339)	1380,00 (0,050)	

Toma de medicação habitual	Não	84,09	60,40	Teste U de Mann-Whitney
	Sim	76,16	53,24	
Valor do teste e (p)		2842,000 (0,198)	1356,500 (0,030)	

Relação entre o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma

De forma a avaliar se existe relação entre o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma, foi realizada uma Correlação de Spearman, verificando-se que estas variáveis se correlacionam inversamente, ou seja, à medida que diminui o Risco Clínico aumenta o score do Índice de Gravidade de Trauma, o que significa melhor sobrevida das vítimas de acidente de viação. No entanto, constata-se a inexistência de diferença estatisticamente significativa (cf. tabela 9).

Tabela 9: Resultados da Correlação de Spearman entre o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma

Variáveis	Risco clínico		Índice de Gravidade de Trauma	
	Rho	p	Rho	p
Risco clínico	-	-	-0,138	0,204
Índice de Gravidade de Trauma	-0,138	0,204	-	-

Termina-se a análise inferencial relativa ao Risco Clínico e ao Índice de Gravidade de Trauma, realizando uma regressão linear múltipla univariada, dado que é o método mais adequado para estudar a relação entre variáveis quando se possui uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes. O método de estimação usado foi o método “*stepwise*”.

Influência da idade, tempo desde a admissão até à triagem, tempo desde a triagem à avaliação médica e tempo total de permanência no Serviço de Urgência no risco clínico

Com o intuito de determinar se a idade, o tempo desde a admissão até à triagem, o tempo desde a triagem à avaliação médica e o tempo total de permanência no Serviço de Urgência são preditoras do risco clínico, realizou-se uma regressão linear múltipla. Os resultados revelam que o tempo que desde a triagem até à primeira avaliação médica influencia o Risco Clínico em apenas 9,3% ($r^2 \times 100 = 9,3\%$). O valor de F é explicativo do Índice de Gravidade de Trauma ($p=0,000$), ou seja, o tempo desde a triagem até à primeira avaliação médica é explicativa do índice de gravidade.

Pelos coeficientes padronizados Beta (-0,003), verificamos que o tempo desde a triagem até à primeira avaliação médica estabelece uma relação fraca e negativa com o risco clínico, com diferenças estatisticamente significativas ($t=-4,123$; $p=0,000$). Apuramos assim que a variável

“tempo desde a triagem até à primeira avaliação médica” é preditora do risco clínico. Assim, quanto menor o tempo de triagem até à primeira avaliação médica maior o risco clínico.

Tabela 10: Regressão múltipla entre o tempo desde a triagem à primeira observação médica e o risco clínico

	Coeficientes		F (p)	t	p	r (R ²)	VIF
	B	β					
Constante	7,524			89,852	0,000		
Tempo desde a triagem à primeira observação médica	-0,003	- 0,306	4,340 (0,039)	-4,123	0,000	0,306 (0,093)	1,000

Influência da idade, tempo desde a admissão até à triagem, tempo desde a triagem à avaliação médica e tempo total de permanência no Serviço de Urgência no Índice de Gravidade de Trauma

De igual modo foi efetuada uma regressão linear múltipla entre as variáveis independentes (idade, o tempo desde a admissão até à triagem, o tempo desde a triagem à avaliação médica e o tempo total de permanência no Serviço de Urgência) e a variável dependente Índice de Gravidade de Trauma. Os resultados revelam que a idade influencia o Índice de Gravidade de Trauma em apenas 3,6% ($r^2 \times 100 = 3,6\%$), ou seja, tem uma variabilidade de apenas 3,6% ($\%VE = r^2 \times 100$). O valor de F é explicativo do índice de gravidade ($p=0,039$), ou seja, a idade é explicativa do índice de gravidade.

Pelos coeficientes padronizados Beta (-0,190), verificamos que idade estabelece uma relação fraca e negativa com o Índice de Gravidade de Trauma, com diferenças estatisticamente significativas ($t=-2,083$; $p=0,039$). Em suma, a variável “idade” surge como preditora do índice de gravidade, sendo que quanto menor a idade, maior o Índice de Gravidade de Trauma.

Tabela 11: Regressão múltipla entre a idade e o índice de gravidade de trauma

	Coeficientes		F (p)	t	p	r (R ²)	VIF
	B	β					
Constante	7,985			68,412	0,000		
Idade	-0,005	- 0,190	4,340 (0,039)	-2,083	0,039	0,190 (0,036)	1,000

1.4. Discussão

Os resultados do presente estudo possibilitaram descrever o perfil das pessoas vítimas de acidente de viação admitidas no serviço de urgência, sendo estas pessoas do género masculino, com idade superior a 60 anos e/ou idade inferior ou igual a 30 anos, que residem no distrito de Viseu. Estes resultados são corroborados com os dados obtidos por Martins (2019), de acordo com a sua investigação, no ano 2018 foram admitidas num Serviço de Urgência Básica - Unidade de Faro, vítimas na sua maioria do género masculino (59%) e com idade entre os 18 e os 39 anos (44%).

Verificou-se que ocorreram mais admissões de vítimas de acidente de viação no mês de fevereiro (22,9%), cuja hora de admissão no Serviço de Urgência com maior expressividade foi o período entre as 14h00-19h59 (44,2%), mais prevalentes no turno da manhã (45,0%), cujo dia da semana com maior registo de admissões foi a sexta-feira (19,1%). No estudo de Praça et al. (2017) registaram também um maior número de ocorrências de vítimas de trauma por acidente de viação nos meses de fevereiro (20,4%), abril (20,4%), contudo de madrugada (35,4%). No estudo de Jain et al. (2020) a hora com mais admissões foi das 2 horas às 6 horas da manhã, cujo meio de transporte para o Serviço de Urgência foi a ambulância (58%), bem como no presente estudo, cujo meio de transporte, na grande maioria dos casos (76,3%), foi o INEM, predominando as pessoas que chegaram em maca (68,5%).

Na amostra estudada verificou-se que no tempo desde a admissão até à triagem na amostra estudada, sobressaiu um tempo superior a 10 minutos (49,9%), correspondendo-lhe uma média de $14,46 \pm 13,35$ minutos, maior percentagem de um tempo desde a triagem à primeira avaliação médica de mais de 60 minutos (32,9%) e entre 31-60 minutos (32,6%), com um tempo mínimo de 0 (zero) e um máximo 370 minutos ($M=66,64 \pm 65,32$ minutos), com um tempo total de permanência no Serviço de Urgência a oscilar entre um mínimo de 40 minutos e um máximo de 1440 minutos ($417,80 \pm 275,43$ minutos), prevalecendo um tempo total no SU >360 minutos (43,1%).

A maioria das vítimas foram triadas pelo fluxograma “grande traumatismo” (72,8%), cujo discriminador no Sistema de Triagem de Manchester mais presente foi a dor moderada (45,3%), seguindo-se o mecanismo de lesão (33,2%), tendo 56,6% dos casos com prioridade clínica urgente e, em 40,7%, a prioridade clínica muito urgente, correspondendo a maioria dos casos (57,4%) à área clínica urgente, com a especialidade responsável, em maior representatividade (48,8%), a cirurgia. No estudo de Lima et al. (2021), 66,7% das vítimas de trauma por acidente de viação foram encaminhadas para a especialidade cirurgia. No estudo de Matozinhos et al. (2019), onde foi estudado o fluxograma de 782 mulheres vítimas de trauma por acidente de viação, a grande parte (65,47%) era adulta jovem, com um tempo desde a

triagem à primeira avaliação médica a revelar uma média de $7,7 \pm 9,9$ minutos, sendo o fluxograma prevalente o grande traumatismo (62,92%).

No presente estudo, o motivo de entrada no SU dominante foi por acidente de viação com automóvel (67,9%), com 19,9% vítimas de acidente de motociclo, prevalecendo as pessoas cuja natureza do acidente foi por despiste de automóvel (27,2%), colisão carro-carro (23,5%). Nas pessoas vítimas de acidente de viação de automóvel, em 44 (11,9%) o *airbag* disparou, 114 (30,7%) usavam cinto de segurança no momento do acidente. No estudo de Belabbas et al. (2019) com uma amostra de 93 vítimas admitidas num serviço de urgência, dos quais 72 eram homens com uma idade média de 30,8 anos, a maioria (n=69) foram vítimas de acidente de carro e 17 por acidente de mota.

O diagnóstico médico predominantemente, na amostra do presente estudo, foi o acidente de viação (n=152; 41,0%), seguindo-se o diagnóstico de TCE (n=51; 13,7%), a fratura dos membros (n=26; 7,0%), o politraumatismo (n=24; 6,5%), trauma torácico (n=22; 5,9%) e a dor (n=19; 5,1%). De igual modo, no estudo de Matozinhos et al. (2019), o diagnóstico prevalente foi o acidente de viação. Num estudo anterior, Nhac-Vu et al. (2014) constataram que os diagnósticos mais prevalentes foram também o acidente de viação, seguindo-se o traumatismo dos membros inferiores, o TCE e o politraumatismo. Araújo et al. (2017), no seu estudo, verificou que o acidente de viação (65%) foi o tipo de trauma mais comum. O TCE foi observado em 17% das vítimas, 13,3% eram politraumatizados em decorrência de acidente de viação de mota e bicicleta, sendo este tipo de acidente de viação o que apresentou maior prevalência.

A maioria das vítimas de acidente de viação tiveram alta para o domicílio (72,5%). De igual modo, as evidências do estudo de Hokkam et al. (2015) revelam que a maioria (48,2%) das vítimas de trauma por acidente de viação teve alta, enquanto 2,3% foram admitidas na Unidade de Cuidados Intensivos, 7,7% foram internados noutras unidades hospitalares.

Dando resposta a um dos objetivos do presente estudo, que se refere ao nível de Risco Clínico das vítimas de acidente de viação assistidas no Serviço de Urgência, apurou-se que, o nível de Risco Clínico mais prevalente é o risco moderado, em 94,7%, com distribuição idêntica em ambos os géneros. Apresentam um maior Risco Clínico vítimas de acidente de viação do género masculino, com idade entre os 31-45 anos, residentes no distrito de Viseu, em que a natureza do acidente foi o trator, vítimas cujo meio de transporte para o SU foi via VMER/SIV, cujo diagnóstico foi fratura da coluna vertebral, contusão de membro(s), trauma cervical, etilismo e fratura da face, que não tomam medicação habitualmente e que não apresentam antecedentes pessoais. Todavia, estas variáveis independentes não apresentaram relevância estatística significativa no risco clínico. Prevalece o domínio das vítimas encaminhadas para área clínica

de pequena cirurgia, seguidas pelas que a área clínica foi urgente, que realizaram estudo analítico, cujo motivo de entrada no SU foi o acidente de viação e as vítimas que deram entrada no SU de maca, sendo variáveis estas com presença de diferenças estatísticas significativas.

Apurámos que as pessoas vítimas de trauma por acidente de viação com maior índice de gravidade, apresentando poder estatístico significativo são: pessoas do género masculino, cujo motivo de entrada no SU foi o acidente com bicicleta, transportadas para o Serviço de Urgência por meio próprio, com diagnóstico de contusão membro(s), dor, fratura do esterno, trauma cervical e etilismo, a deambular/cadeira de rodas, encaminhados para a área clínica de pequena cirurgia, sem realização de estudo analítico, que não tomavam medicação habitualmente e sem antecessores pessoais.

De forma a avaliar se existe relação entre o Risco Clínico e o Índice de Gravidade de Trauma, ficou demonstrado que à medida que diminui o Risco Clínico aumenta o score do Índice de Gravidade de Trauma, o que significa melhor sobrevida das vítimas de acidente de viação. No estudo de Lima et al. (2021), a probabilidade de sobrevida estimada pelo Índice de Gravidade de Trauma estava também relacionada com o nível de risco clínico, com 98,8% de risco moderado, traduzindo-se numa maior sobrevida das vítimas. Tendo em conta os resultados obtidos por Figueiredo et al. (2021), o índice de gravidade de trauma foi tradutor de uma elevada probabilidade de sobrevida (96,9-98,8%), o que corrobora os dados do presente estudo.

No intuito de entender quais as variáveis preditoras do nível de risco clínico e do índice de gravidade de trauma, foram realizadas regressões lineares múltiplas. Conseguimos apurar que a variável independente “idade” é preditora do Risco Clínico e a variável “tempo desde a triagem até à primeira observação médica” é preditora do Índice de Gravidade de Trauma.

Conclusões

O trauma é considerado um dos maiores problemas de saúde pública à escala mundial, com impacto negativo a nível social e económico. A garantia de melhores cuidados à pessoa vítima de trauma de acidente de viação, no caso concreto, para além de outros fatores, depende da eficácia dos profissionais de saúde envolvidos, desde a assistência pré-hospitalar até ao intra-hospitalar. Por conseguinte, é indispensável que os profissionais de saúde envolvidos tenham conhecimento da gravidade do estado clínico da vítima para prestar cuidados imediatos, maximizando a sobrevida da pessoa em situação crítica.

O estudo permitiu alcançar o objetivo delineado, tendo como amostra 371 clientes que recorreram ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar da região centro do país, entre 1 de janeiro a 30 de junho de 2020, cuja maioria é do género masculino, com uma média de idades de 46,72 anos.

Os resultados apurados permitiram inferir que o nível de Risco Clínico mais prevalente foi o risco moderado, em 94,7%, com distribuição também mais elevada para ambos os géneros, à medida que diminui o Risco Clínico aumenta o score do Índice de Gravidade de Trauma, significando melhor sobrevida das vítimas de acidente de viação.

Encontraram-se algumas das limitações metodológicas na realização do estudo, particularmente, o facto de a amostra ser não aleatória, traduzindo-se num fator limitante, a dimensão do grupo amostral ser reduzido ($n = 371$), o que não permite fazer uma generalização dos resultados encontrados, ou seja, apenas possibilita considerar os resultados para a amostra estudada. Outra limitação prende-se com os registos, designadamente os registos de parâmetros vitais, tendo inviabilizado o preenchimento das variáveis constantes na grelha de recolha de dados. A avaliação do Índice de Gravidade de Trauma pela escala RTS não foi exequível em várias vítimas em decorrência da falta de registos.

Através da revisão da literatura, cuja elaboração se regeu pela pesquisa das evidências mais atuais possíveis, aprofundou-se e consolidou-se conhecimentos na área. Contudo, salvaguarda-se a escassez de estudos com idêntico objetivo com amostras análogas à da população estudada, pois a maioria dos estudos aborda o perfil sociodemográfico e clínico das vítimas de trauma por acidente de viação e/ou trata-se de estudo epidemiológicos, com maior incidência nas taxas de mortalidade.

Ao nível de linhas de investigação futuras sugere-se a replicação do presente estudo sobre o Risco Clínico em vítimas de acidente de viação com uma amostra mais alargada, o que implica o estudo de um espaço temporal também mais alargado.

Como implicações para a prática clínica, não obstante as limitações encontradas no presente estudo, considera-se que os seus resultados são um contributo para a prática profissional na área de Médico-Cirúrgica, uma vez que o conhecimento é o resultado da ação de aprender, tendo como requisito ser expresso e comunicado aos outros. Deste modo, o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem exige formação, prática e pesquisa, estando cada um destes fatores interligados a outros elementos de suporte, nomeadamente o desenvolvimento e análise de conceitos e a enfermagem baseada em evidências científicas. É fundamental referir-se que conhecer implica o desejo de saber, que deve ser intrínseco à enfermagem que, como disciplina, está no centro de uma diáde teórico-prática.

2.5. Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse.

Referências Bibliográficas

- Advanced Trauma Life Support (2018). Student Course Manual, 10ª edição. Chicago: American College of Surgeons. Acedido em <https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf>.
- Araújo, D.C., Pinheiro, F.G.M.S., Menezes, M.G.V., Lima, S.G.S., Tavares, C.S.S., & Vaez, A.C. (2017). Perfil e fatores associados ao trauma em vítimas de acidentes de trânsito atendidas por serviço móvel de urgência. *Arq. Ciênc. Saúde*; 24(2), 65-70.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2021). *Relatório Maio 2021. Sinistralidade 24 horas Fiscalização e contraordenações*. Unidade de Prevenção e Segurança Rodoviária Divisão de Observatório de Segurança Rodoviária. Acedido em <http://www.ansr.pt/Documents/Relat%C3%B3rio%20Maio%202021.pdf>
- Belabbas, D., Auger, M., Lederlin, M., Bonenfant, J., Gandon, Y., Aubé, C., & Paisant, A. (2019). Whole-Body CT after Motor Vehicle Crash: No Benefit after High-Energy Impact and with Normal Physical Examination. *Radiology*; 292(1), 94-100. doi: 10.1148/radiol.2019182806.
- Borges, L. & Brasileiro, M. (2018). Atuação do Enfermeiro no Atendimento ao Paciente Politraumatizado: Revisão Bibliográfica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*; Vol. 2, 55-64. ISSN: 2448-0959.
- Coimbra, N., & Coimbra, P. (2020). Trauma. In Pinho, J.A. (Coord.). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 255-266). Lisboa: LIDEL.
- Fararoei, M., Sadat, S.J., & Zoladl, M. (2017). Epidemiology of trauma in patients admitted to an emergencyward in Yasuj. *Trauma Mon*; 22, 1-5. Doi:10.5812/TRAUMAMON.30572
- Figueiredo, N., Cunha, M. & Coelho, M. (2021). *Perfil das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência*. [Trabalho não publicado]. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Hokkam, E., Gonna, A., Zakaria, O., & El-Shemally, A. (2015). Trauma patterns in patients attending the Emergency Department of Jazan General Hospital, Saudi Arabia. *World journal of emergency medicine*, 6(1), 48–53. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2015.01.009>
- Jain, M., Radhakrishnan, V., Mohanty, C.R., Behera, S., Singh, A.K., Sahoo, S.S., Guru, S., & Barik, S. (2020). Clinicoepidemiological profile of trauma patients admitting to the emergency department of a tertiary care hospital in eastern India. *J Family Med Prim Care*; 9, 4974-9. DOI:10.4103/jfmpe.jfmpe_621_20
- Lima, K.P., Nogueira, L.S., Barbosa, G., Bonfim, A.K.S., & Sousa, R.M.C. (2021). Severity indexes of blunt trauma victims in intensive therapy: prediction capacity for mortality. *Rev Esc Enferm USP.*; 55:e03747. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020003203747>
- Martins, D.P.A.R. (2019). *Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4894>
- Mateus, A., Martins, Thalles, V., Garcez, A.P. H. de G., Lucimário, G.O. Silva, J.A. de A., Lopez, J.C.L. (2020) Multicriteria Model Based on FITradeoff Method for Prioritizing Sections of Brazilian Roads by Criticality. *Mathematical Problems in Engineering*; 2020, 1-15. <https://doi.org/10.1080/17457300.2020.1778040>
- Matozinhos FP, Silverio IR, Boaventura JG, Oliveira TM, Silva TPR, Corrêa AR. Analysis of triage and care for women victims of road accidents. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):1013-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0727>

- Nascimento, A.L.S., Silva, J.C.A., Mendonça, A.C.S., Lui, L.C.P., Costa, E.T.N., & Cavalcante, T.B. (2020). Profile of fracture victim patients interned in a university hospital: a cross-sectional study. *J Physiother Res.*; 10(3), 427-435. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v10i3.3013
- Nhac-Vu, H.T., Hours, M., Chossegros, L., Charnay, P., Tardy, H., Martin, J.L., Mazaux, J.M., & Laumon, B. (2014). Prognosis of outcome in adult survivors of road accidents in France: one-year follow-Up in the ESPARR cohort. *Traffic Inj Prev.*; 15(2), 138-47. doi: 10.1080/15389588.2013.804180.
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem 2ª edição*. Loures: Lusodidacta.
- Organização Mundial de Saúde (2021). *Road traffic injuries*. Acedido em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- Praça, W.R., Matos, M.C.B., Fioravanti, R.K., Magro, M.C.S., & Hermann, P.R.S. (2017). Perfil epidemiológico e clínico de vítimas de trauma em um hospital do Distrito Federal, Brasil. *Rev Pre Infec e Saúde*; 3(1), 1-7. Acedido em <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6219>
- Queirós, P. (2015). *Enfermagem, uma ecologia de saberes*. Conferência inaugural da “II Conferência Internacional – Cuidar com Humanidade”, ESEnfC. 18 setembro 2015
- SAMHSA. (2018). *SAMHSA’s Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. U.S. Department of Health and Human Services. Acedido em https://www.hmprg.org/wp-content/themes/HMPRG/backup/ACEs/Handouts_Merged%20Final.pdf
- Sebastião, S.M.F.A. (2019). *Marcadores de Risco dos Clientes admitidos no Serviço de Urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. URI: <http://hdl.handle.net/10400.19/5458>
- Seid, M., Azazh, A., Enquesslassie, F., & Yisma, E. (2015). Injury characteristics and outcome of road traffic accident among victims at Adult Emergency Department of Tikur Anbessa specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a prospective hospital based study. *BMC Emergency Medicine*; 15, 10, 2-9. DOI 10.1186/s12873-015-0035-4

Conclusão

Este relatório final foi elaborado no âmbito dos ensinamentos clínicos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e procurou ilustrar as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos.

A elaboração de um relatório final constitui, por isso, um momento para a análise e ponderação acerca do percurso realizado, assim como as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas.

Como foi mencionado nos relatórios de cada ensino clínico todos os objetivos definidos inicialmente foram amplamente alcançados, pelo que é meu dever agradecer a colaboração de todos os profissionais dos envolvidos, pelo acolhimento, colaboração e profissionalismo com que me receberam e acompanharam, em especial aos enfermeiros e professores da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Os locais de estágios selecionados (serviço de urgência, e serviço de cuidados intensivos de um hospital central) são complexos e exigentes, requerendo de todos os profissionais que exercem funções naquelas unidades padrões de excelência na arte de cuidar. Aos alunos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, por inerência é exigido um nível consentâneo com a fase formativa e com as expectativas, sendo expectável e exigível a prestação de cuidados diferenciados e de elevada qualidade à pessoa a vivenciar processos de doença crítica.

Neste ponto do percurso de aprendizagem importa salientar que os aspetos mais marcantes desta caminhada rumo à aquisição de competências como mestre foram abordados nos relatórios intercalares de cada estágio.

Ao concluir esta etapa, tenho de referir que todas as oportunidades foram “agarradas” e exploradas ao limite, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e enriquecimento profissional.

Os ensinamentos clínicos implicaram um grande investimento pessoal e profissional, recompensado com todas as aprendizagens profissionais, que me permitiram desenvolver novas capacidades técnicas e científicas essenciais para a minha formação enquanto futuro especialista.

Em jeito de balanço, considero que os objetivos propostos, para cada estágio, e alcançados possibilitaram ampliar domínios como a tomada de decisão, o que favoreceu a

aquisição de autonomia a planear, implementar e avaliar cuidados diferenciados e especializados, permitindo igualmente mobilizar conhecimentos por forma a lidar e resolver questões complexas relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família, de forma profissional e ética visando a qualidade dos cuidados e a promoção da segurança na recuperação do doente com falência multiorgânica.

O estudo do perfil das vítimas de trauma por acidente de viação assistidas no serviço de urgência revelou-se pertinente e de extrema importância na gestão de cuidados de enfermagem diferenciados na assistência destas vítimas. Encontraram-se algumas limitações metodológicas na realização do estudo, particularmente, o facto de a amostra ser não aleatória, traduzindo-se num fator limitante, a dimensão do grupo amostral ser reduzido ($n = 371$), o que não permite fazer uma generalização dos resultados encontrados, ou seja, apenas possibilita considerar os resultados para a amostra estudada. Outra limitação prende-se com os registos, designadamente os registos de parâmetros vitais, tendo inviabilizado o preenchimento das variáveis constantes na grelha de recolha de dados. A avaliação do índice de gravidade de trauma pela escala RTS não foi exequível em várias vítimas em decorrência da falta de registos.

Com o trabalho de investigação foram desenvolvidas habilidades na construção do pensamento científico, na pesquisa em base de dados, no trabalho com gestores de referências bibliográficas, na reflexão sobre a atividade e na elaboração de texto/artigo científico.

Concluo, referindo que perante o percurso desenvolvido e o conteúdo exposto neste relatório, o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica é uma possibilidade excepcional de formação para a obtenção de *skills* na arte de prestar cuidados e nos tornar peritos no cuidar da “pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”.

Apêndices

Apêndice I: Projeto de melhoria contínua - Uniformização dos registos de enfermagem na sala de emergência



Politécnico
de Viseu
Escola Superior
de Saúde de Viseu

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Inês Trigo
Marta Pereira
Nuno Valentim

Uniformização dos Registos de Enfermagem na Sala de Emergência – Projeto de melhoria contínua

Viseu, maio de 2021



7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

**Uniformização dos Registos de Enfermagem na Sala de Emergência –
Projeto**

Trabalho efetuado no âmbito do Estágio em Contexto de Urgência na Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e do 8º Curso da Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, a decorrer no Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha

Viseu, maio de 2021

ÍNDICE

Introdução.....	7
1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA	9
2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO	11
3. FORMULAR OBJETIVOS	15
4. PERCEBER AS CAUSAS.....	17
5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES	21
6. VERIFICAR OS RESULTADOS.....	23
7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA	25
8. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO	27
Referências bibliográficas	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLEEMC – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DGS – Direção Geral de Saúde

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

SE – Sala de Emergência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

Introdução

No âmbito do Estágio em Contexto de Urgência inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos – Opção 9, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEEMC) e 8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), a decorrer no Serviço de Urgência Geral Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Entidade Pública Empresarial (CHTV,EPE), foi proposto a participação no projeto de uniformização dos Registos de Enfermagem na Sala de Emergência.

Após a consulta da evidência científica disponível e a aprovação do Senhor Enfermeiro Chefe e Senhoras Enfermeiras responsáveis pela formação em serviço, elaborámos um modelo descritivo de registos uniformizados da sala de emergência, tendo por base uma estrutura metodológica assente em prioridades de avaliação sustentadas na metodologia do trauma do *American College of Surgeons* e da *Emergency Nurses Association* e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2019.

No sentido de estruturar o corpo do projeto de melhoria, este será organizado em sete capítulos, tendo por base o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem elaborado pela Ordem dos Enfermeiros. Temos como intuito, no primeiro capítulo identificar e descrever o problema; no segundo perceber o problema e dimensioná-lo; no terceiro formular objetivos; no quarto perceber as causas; no quinto planear e executar as tarefas/atividades; no sexto verificar os resultados; no último capítulo propor medidas corretivas, *standardizar* e treinar a equipa.

1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, família/cuidados em situação crítica requerem, de forma sistêmica e sistematizada, observação, recolha e registo de dados, no intuito de antecipar e identificar complicações e garantir uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

A prestação de cuidados de enfermagem ocorre em diversos contextos, existindo diversos fatores que influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentemente os registos de enfermagem.

Na sala de emergência o enfermeiro cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, assumindo um conjunto de responsabilidades em prol da qualidade dos cuidados prestados, sendo os registos de enfermagem um dos focos da sua atuação. Esta problemática é de extrema importância, no respeitante à qualidade e segurança do doente. Para além disso, os registos de enfermagem elaborados na sala de emergência (SE) não evidenciam a avaliação, os diagnósticos de enfermagem e os resultados das intervenções, dificultando assim na nossa ótica, a continuidade e visibilidade dos cuidados prestados. Reconhecida a necessidade de operacionalização de registos de enfermagem na área do grupo de trabalho da SE, por deliberação do Conselho de Administração (CA) de 29 dezembro de 2016, ao qual foi inculcida a responsabilidade da elaboração de um procedimento de uniformização de registos na SE, elaboramos um modelo descritivo de registos de enfermagem uniformizados para a sala de emergência.

O presente projeto insere-se na extensão do processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem dos enfermeiros do Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do CHTV, EPE. Este apresenta como objetivos principais:

- Dar cumprimento ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, mais especificamente ao objetivo específico *"Aumentar a segurança da comunicação"*;
- Uniformizar os registos de enfermagem na sala de emergência do SUP do CHTV;

Os enfermeiros constituem-se como o maior grupo profissional na área da saúde pela natureza e especificidade das suas funções, dando enfoque à sala de emergência, sendo os que mais informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e documentação da saúde.

É imperativo garantir que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem, de forma a garantir a segurança dos cuidados. É

incipiente a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A organização dos cuidados de enfermagem faz parte integrante dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, constituindo-se como o sexto enunciado descritivo. Na procura da excelência e da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, é premente a existência de um sistema de registos de Enfermagem que integre as necessidades dos cuidados de enfermagem, as intervenções e os resultados obtidos, bem como um resumo mínimo de dados indicadores dos cuidados prestados. Os registos devem ser pautados de rigor técnico e científico na implementação das intervenções de enfermagem, aliado à identificação e referenciação de situações problemáticas, para outros profissionais da equipa multidisciplinar (OE, 2017).

Similarmente ao recomendado pela Ordem dos Enfermeiros para a organização de projetos, a metodologia adotada foi a de Heather Palmer, tendo como esquema de base o Ciclo *Plan-Do-Check-Act* (PDCA) ou de *Deming* com adaptação deste para oito fases, proposta por Pedro Salvada.

2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO

Os enfermeiros que prestam cuidados na SE constituem-se como elementos cruciais no seio da equipa multidisciplinar, assumindo diversas responsabilidades, no âmbito das suas funções. Estas são determinantes para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, sendo a elaboração dos registos de enfermagem uma intervenção fulcral na sua atuação (Pereira, C. S. C., 2016).

A sala de emergência é uma unidade funcional fundamental para abordar o doente emergente, grave e crítico, sendo um elemento de ligação entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar. Esta tem como objetivo a abordagem, observação e tratamento do doente crítico, com comprometimento das funções vitais e subsequentemente risco de vida (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

Por forma a dar continuidade aos cuidados prestados aos doentes admitidos na SE é necessário proceder, de forma objetiva, aos registos de enfermagem, sendo estes uma fonte de informação responsável por garantir a continuidade das ações praticadas, num determinado período de tempo, traduzindo legalmente o tipo de cuidados prestados (OE, 2009).

Os enfermeiros, dentro dos profissionais da área da saúde, são os que mais se preocupam com os registos, contudo é difícil espelhar o impacto dos cuidados de enfermagem prestados nos ganhos em saúde da população (Sá, Dias, & Norelho, 2019).

Os registos de enfermagem são de extrema importância, sendo esta reconhecida e imprescindível para garantir a continuidade dos cuidados, com especial enfoque para a sua função de comunicação (Martins et al., 2008).

A segurança do doente apresenta-se como um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010), sendo uma prioridade estratégica para os cuidados de saúde modernos.

A segurança do doente é definida como “a ausência de danos evitáveis a um doente durante o processo de cuidados de saúde e redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável” (Organização Mundial de Saúde, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) evidencia a importância da comunicação como determinante da qualidade da segurança na prestação dos cuidados, sendo esta corroborada pela *Joint Commission International Center for Patient Safety (JCI)* (Santos et al., 2010) (Santos et al., 2010). A JCI foi nomeada pela OMS em 2005, tendo como missão a identificação de problemas e desafios intrínsecos à segurança do doente e o estudo das soluções adequadas que serão fundamentadas nas partilhas dos profissionais de saúde e de todos os

12

outros elementos envolvidos no sistema da prestação de cuidados. Dos trabalhos desenvolvidos pela comissão, surgiu o documento *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions*, sendo que a comunicação foi um dos nove desafios identificados, mais precisamente a comunicação entre as mudanças de turno (Santos et al., 2010).

A comunicação ineficiente compromete a eficácia da prestação dos cuidados, devido a erros, omissões, falta de precisão ou priorização (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019).

A nível internacional, as lacunas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, sendo que a evidência assinala que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2017).

A nível nacional, destacamos um estudo piloto intitulado de “Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses”, cujo objetivo era apresentar e analisar os resultados do estudo piloto da avaliação de cultura de segurança realizado em sete Unidades Hospitalares em Portugal (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2011). Foram identificadas várias dimensões na cultura de segurança do doente que necessitam de intervenção nos hospitais, sendo que damos destaque à “Abertura na comunicação” que vai de encontro ao foco do nosso projeto de melhoria (Portugal, MS, DGS, 2011).

A segurança do doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, sendo fulcral a avaliação da cultura de segurança por forma a direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 apresenta como objetivo “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS”, tendo enunciado vários objetivos estratégicos, entre os quais: *Aumentar a Segurança da Comunicação*. A comunicação é de extrema importância para a segurança do doente, dando enfoque às situações em que existe transferência de responsabilidade da prestação, especificando as situações de mudança de turno, transferência ou alta do doente. De acordo com o plano anteriormente referenciado, as instituições de saúde devem apresentar procedimentos uniformizados, com o intuito de assegurar uma comunicação precisa e em tempo útil, evitando assim erros na comunicação, sendo que estes podem provocar barreiras à continuidade dos cuidados prestados e no tratamento, aumentando os danos para o doente (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro).

A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é imprescindível para a melhoria da segurança do doente e conseqüentemente para a diminuição de eventos adversos. Apesar de a comunicação ser utilizada no nosso dia a dia durante a prestação de cuidados, exige um conjunto de competências que devem ser apreendidas e praticadas no intuito de estabelecer uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (Portugal, MS, DGS, 2011).

As transições de cuidados apresentam como constructo a implementação de uma comunicação eficaz, com o intuito de contribuir para a redução da ocorrência de erros e prevenindo lacunas na transmissão de informação, podendo estas provocar problemas graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (OE, 2017).

Os registos de enfermagem apresentam-se como fulcrais e imprescindíveis para assegurar a continuidade dos cuidados prestados, com destaque para a sua função de comunicação dos aspetos resultantes deste processo de cuidados (Martins et al., 2008).

Os registos de enfermagem são definidos

“o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervencções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão de outros técnicos implementados pelo enfermeiro (intervencções interdependentes) e toda a restante informação necessária para a continuidade de cuidados” (Conselho Jurisdicional, OE, 2005, p. 20).

A Ordem dos Enfermeiros (2011) preconiza a existência de um sistema de registos de enfermagem que integre de forma sistemática, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados. Face ao exposto desenvolvemos um projeto de melhoria contínua sobre a uniformização dos registos de enfermagem na sala de enfermagem como garantia da continuidade dos cuidados e segurança do doente.

O sistema de informação de Enfermagem utilizado no SUP do CHTV é o sistema ALERT®, onde os registos de enfermagem não contemplam a utilização da CIPE, mas sim o registo em campos pré-definidos existentes e um campo que permite registar em texto livre.

A pessoa em situação crítica na SE requer cuidados de enfermagem sistémica e sistematizada, associado a esse facto, a elevada rotatividade de doentes e tempos curtos de permanência na SE dificultam a a produção de registos concretos e rigorosos que demonstrem, de forma exata e precisa, toda a informação relevante (Pereira, 2016).

Em Portugal foi elaborado um estudo de carácter qualitativo, através do estudo de caso, realizado em 2016 na Sala de Emergência do Serviço de Urgência de um Hospital Distrital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo os objetivos os seguintes: analisar os registos de enfermagem realizados nesse contexto; identificar o tipo de registos de enfermagem que

poderão evidenciar os resultados das intervenções de enfermagem em sala de emergência; identificar uma metodologia de elaboração de registos em sala de emergência que, na perspectiva dos enfermeiros daquele contexto, permita uma melhor continuidade de cuidados; contribuir para o desenvolvimento e implementação de um guia estruturado de registos de enfermagem. Este estudo conclui que “*o grande volume de cuidados de enfermagem exigidos pela pessoa em situação crítica em sala de emergência têm fraca visibilidade nos registos elaborados pelos enfermeiros*”, para além disso concluíram que o modo como os registos se apresentam é desorganizado não facilitando produção de informação em sala de emergência. Concluíram ainda a utilização de uma metodologia de produção de informação em sala de emergência sustentado nas metodologias do trauma e do processo de enfermagem, podem facilitar a sua realização e possibilitar uma melhor continuidade dos cuidados, refletir a sua qualidade e dar visibilidade aos cuidados prestados à pessoa em situação crítica (Pereira, 2016).

Dado o contexto da elaboração dos registos de enfermagem, nomeadamente a SE do SUP do CHTV, estes foram elaborados tendo por base uma estrutura metodológica assente em prioridades de avaliação sustentadas na metodologia do trauma do *American College of Surgeons* e da *Emergency Nurses Association* e na CIPE versão 2019.

Devido aos constrangimentos do sistema ALERT®, após aprovação do Senhor Enfermeiro Chefe e Senhoras Enfermeiras responsáveis pela formação em serviço, elaborámos um modelo de registos descritivos uniformizados da sala de emergência (Anexo I). Contudo, também elaborámos um modelo de registos de enfermagem tipo *check-list* (Anexo II), sendo na nossa ótica o modelo de registos ideal para evidenciar os cuidados prestados e posterior avaliação dos mesmos, ficando apenas como sugestão para o serviço como futura implementação, assim que o Sistema de Registos Informático o permita.

3. FORMULAR OBJETIVOS

No respeitante aos objetivos da implementação do presente projeto, propomos os seguintes:

- Garantir a segurança dos cuidados prestados através da melhoria dos registos de Enfermagem no SUP do CHTV, EPE;
- Uniformizar os registos de enfermagem efetuados na SE do SUP do CHTV, EPE;
- Aumentar a segurança da comunicação na SE do SUP do CHTV, EPE;
- Contribuir para o desenvolvimento de investigação sobre os cuidados prestados na SE do SUP do CHTV, EPE;

4. PERCEBER AS CAUSAS

Ao longo do estágio pudemos verificar a inexistência de registos de enfermagem uniformizados, identificada como uma barreira para assegurar uma comunicação segura e para garantir a segurança dos cuidados prestados.

As causas que identificamos para a ausência de registos de enfermagem uniformizados foram os seguintes:

- O sistema de informação utilizado, nomeadamente o sistema ALERT®;
- Ausência de parametrização do sistema ALERT®;
- Inexistência de um procedimento de uniformização de registos na SE;
- Elevada rotatividade de doentes na SE;
- Tempos curtos de permanência do doente na SE;

Identificadas as causas do problema iremos dar continuidade ao presente projeto, tendo por base a metodologia de Heather Palmer, mais especificamente a *Checklist de Heather Palmer* para uma avaliação da qualidade. Baseado na metodologia anteriormente referenciada iremos em seguida apresentar os itens para a preparação do projeto.

a) Dimensão em estudo:

- Efetividade;
- Adequação técnico científica;
- Acessibilidade: Acesso a todos os profissionais de saúde alocado à respetiva SE, com responsabilidade sobre o doente em causa;

b) Unidades de Estudo:

- Utilizadores incluídos na avaliação: Enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na SE do SU do CHTV, EPE;
- Profissionais: Enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na SE do SU do CHTV, EPE;
- Período de tempo que se avalia: a definir pelos Elos da Comissão da Qualidade, Grupo de Trabalho da Sala de Emergência e Grupo de Formação;

c) Tipo de dados:

- Estrutura: Registo descritivo, seguindo a metodologia do trauma do *American College of Surgeons* e da *Emergency Nurses Association* e a CIPE versão 2019.
- Processo: Texto de base comum a todos os enfermeiros da SUP do CHTV;

d) Fonte de dados

Os dados são recolhidos através:

- Observação direta
- *Feedback* da equipa de enfermagem

e) Tipo de avaliação:

- Interna inter pares

f) Critérios de avaliação:

- Critérios de avaliação: interna (explícitos e normativos)

Crítérios	Esclarecimentos
<p>Todos os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na SE do SUP do CHTV devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir a segurança dos cuidados prestados através da melhoria dos registos de Enfermagem no SUP do CHTV, EPE; - Aumentar a segurança da comunicação na SE do SUP do CHTV, EPE; - Utilizar o padrão de registos de enfermagem da SE; 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020; - Norma nº005/2018 da DGS, Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais; - Norma nº001/2017 da DGS, Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde;

g) Quem colhe os dados e como:

Numa primeira instância, a colheita de dados é realizada pela equipa dinamizadora do projeto através da observação direta e *feedback* da equipa de enfermagem.

Posteriormente, pelos elos da Comissão Qualidade e Segurança do Doente do SUP do CHTV através de auditorias internas.

h) Relação temporal:

- Avaliação transversal e retrospectiva

i) Definição da população e seleção da amostra:

- Todos os enfermeiros que prestam cuidados na SE do SUP do CHTV;
- Amostra não probabilística de conveniência;

j) Tipo de intervenção prevista:**I. Medidas educacionais:**

- Sensibilização da equipa de enfermagem que presta cuidados de enfermagem na SE para a importância da uniformização dos registos de enfermagem na SE;

II. Medidas estruturais:

- Disponibilização de um *link* para os enfermeiros, que contém os registos de enfermagem uniformizados;

5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

Nesta fase torna-se crucial definir os recursos necessários para a consecução do projeto, bem como a operacionalização do mesmo.

Os recursos necessários para a operacionalização do projeto são os seguintes:

a) Recursos humanos:

- Alunos do 7ºMEMC e 8ºPLEEMC da ESSV;
- Enfermeiro Chefe do SUP do CHTV, EPE;
- Enfermeiros Tutores do SUP do CHTV, EPE;
- Elo da Comissão da Qualidade e Segurança do SUP do CHTV, EPE;
- Professora Orientadora da ESSV;
- Informático do CHTV, EPE;

b) Recursos materiais:

- Sistema de informação ALERT®;
- Computador;
- Bibliografia consultada;

c) Recurso temporal:

- Nove semanas;

Quanto à operacionalização do projeto propomos as seguintes tarefas/atividades:

- Explicação do projeto de melhoria contínua aos Enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na SE do SU do CHTV, EPE;
- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Observação direta dos cuidados de enfermagem prestados na SE;
- Elaboração dos registos de um modelo descritivo de registos de enfermagem uniformizados para a sala de emergência;
- Apresentação do modelo descritivo de registos de enfermagem uniformizados para a sala de emergência;

No que diz respeito às auditorias estas serão realizadas após a operacionalização do projeto, sendo responsabilidade da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente.

6. VERIFICAR OS RESULTADOS

Num primeiro momento procedemos à avaliação dos resultados pela observação direta e *feedback* transmitido pela equipa de enfermagem que presta cuidados na SE.

Posteriormente, será aplicado um instrumento de auditoria institucional, com a responsabilidade tutelada pelos elos da Comissão Qualidade e Segurança do Doente do SUP do CHTV, EPE, efetuando o tratamento, análise de dados e respetivo relatório.

7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

No intuito de uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, na área da comunicação, propomos a formação aos Enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na SE, auditorias internas e a divulgação de resultados a nível institucional.

8. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

O sucesso do projeto de melhoria contínua deverá ser divulgado à equipa de enfermagem que presta cuidados na SE, em reunião de equipa ou em contexto de formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017) *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário da República, 2 (28), pp 3882 (2) – 3882 (10). Acedido em <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2020). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- Martins ... [et al.], A. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12(2), 52–61. Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23996/1/2008_12_2_52-61.pdf
- Santos, M. C. dos, Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2011). Comunicação em saúde e a segurança do doente : problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Acedido em <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunica%c3%a7%c3%a3o%20e%20sa%c3%bade%20e%20a%20seguran%c3%a7a%20do%20doente.pdf>
- Costa, M. F. S. P. (2014). *Cultura De Segurança Do Doente Num Hospital Da Região Centro, Perceção Dos Profissionais*. Acedido em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27362/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Marina_pronta.pdf


Apêndice II: Modelo de passagem de turno

Cama 9 Data de entrada: __/__/__	Nome: Pessoa de referência:	Idade:	Perfusões
Diagnóstico: Antecedentes pessoais: A/B - Modo ventilatório: - FiO2: C - Parâmetros hemodinâmicos: - Ritmo: D - Escala de Rass: - Escala de Coma de Glasgow: - Pupilas: E			Exames:
			Última dejeção:
Cama 10 Data de entrada: __/__/__	Nome: Pessoa de referência:	Idade:	Perfusões
Diagnóstico: Antecedentes pessoais: A/B - Modo ventilatório: - FiO2: C - Parâmetros hemodinâmicos: - Ritmo: D - Escala de Rass: - Escala de Coma de Glasgow: - Pupilas: E			Exames:
			Última dejeção:
Cama 11 Data de entrada: __/__/__	Nome: Pessoa de referência:	Idade:	Perfusões
Diagnóstico: Antecedentes pessoais: A/B - Modo ventilatório: - FiO2: C - Parâmetros hemodinâmicos: - Ritmo: D - Escala de Rass: - Escala de Coma de Glasgow: - Pupilas: E			Exames:
			Última dejeção:

Cama 12 Data de entrada: __/__/__	Nome: Pessoa de referência:	Idade:	Perfusões
Diagnóstico: Antecedentes pessoais: A/B - Modo ventilatório: - FiO2: C - Parâmetros hemodinâmicos: - Ritmo: D - Escala de Rass: - Escala de Coma de Glasgow: - Pupilas: E			Exames:
			Última dejeção:
Cama 13 Data de entrada: __/__/__	Nome: Pessoa de referência:	Idade:	Perfusões
Diagnóstico: Antecedentes pessoais: A/B - Modo ventilatório: - FiO2: C - Parâmetros hemodinâmicos: - Ritmo: D - Escala de Rass: - Escala de Coma de Glasgow: - Pupilas: E			Exames:
			Última dejeção:
Cama 14 Data de entrada: __/__/__	Nome: Pessoa de referência:	Idade:	Perfusões
Diagnóstico: Antecedentes pessoais: A/B - Modo ventilatório: - FiO2: C - Parâmetros hemodinâmicos: - Ritmo: D - Escala de Rass: - Escala de Coma de Glasgow: - Pupilas: E			Exames:
			Última dejeção:

Cama 15 Data de entrada: __/__/__	Nome: Pessoa de referência:	Idade:	Perfusões
Diagnóstico: Antecedentes pessoais: A/B - Modo ventilatório: - FiO2: C - Parâmetros hemodinâmicos: - Ritmo: D - Escala de Rass: - Escala de Coma de Glasgow: - Pupilas: E			Exames:
			Última dejeção:
Cama 16 Data de entrada: __/__/__	Nome: Pessoa de referência:	Idade:	Perfusões
Diagnóstico: Antecedentes pessoais: A/B - Modo ventilatório: - FiO2: C - Parâmetros hemodinâmicos: - Ritmo: D - Escala de Rass: - Escala de Coma de Glasgow: - Pupilas: E			Exames:
			Última dejeção:

Apêndice III – Protocolo de registo do peso do doente na UCIP

 <p>Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP</p>	Registo / Peso do Doente	Elaborado em 01/ 02/ 2021	Folha 1/3
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		IT.PQ.04. 11	

- **Âmbito:**

Aplicável na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

- **Responsabilidade pela implementação**

Enfermeiros

- **Fundamentos**

O doente hospitalizado ostenta um risco superior a 65% de desenvolver desnutrição, e o doente crítico (DC), dada a sua inflamação sistémica, o seu hipermetabolismo/ hipermetabolismo e a terapia global agressiva de que é alvo, é um doente particularmente suscetível à desnutrição e/ou a um agravamento de uma malnutrição pré-existente.

A monitorização do peso, conjuntamente com outros parâmetros tais como o balanço hídrico ou o cálculo do balanço nitrogenado, é um parâmetro importante para a avaliação do estado nutricional do doente crítico.

Assim sendo, torna-se imperativo a elaboração de um protocolo de pesagem dos doentes já que o equilíbrio nutricional é fundamental para a recuperação destes.

- **Objetivos**

- Promover condições ideais de pesagem de forma a obter pesos fiáveis
- Efetuar registo diário do peso na folha de registo de enfermagem em zona própria

- **Descrição do procedimento**

Timings de pesagem

- Primeira pesagem — Efetua-se na admissão do doente após a instalação na unidade onde vai permanecer
- Pesagens subsequentes — Diariamente no turno da manhã, após os cuidados de higiene.


Local de registo

Peso inicial — Registrar no interior da folha de enfermagem em local próprio. Deverá ser transcrito diariamente para a folha de enfermagem do dia seguinte.

Pesagens seguintes — Registrar no interior da folha de enfermagem acima do peso inicial

Elaborado por: Andreia Plácido e Inês Trigo

Revisto por:

 Unidade de Visão Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela, EPE UCIP	Registo / Peso do Doente	Elaborado em 01/ 02/ 2021	Folha 2/3
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		IT.PQ.04. 11	

Condições de pesagem

Antes de realizar a primeira pesagem (Efetuar o Zero)

- ✓ Fazer a cama com um lençol, dois resguardos de pano e um resguardo descartável (itens standard).
- ✓ Colocar a cama na horizontal.
- ✓ Aceder ao monitor da cama.
- ✓ Aceder ao menu principal
- ✓ Carregar no ícone da balança.
- ✓ Na janela aberta carregar em acertar balança/tara
- ✓ Seguir as indicações até aparecer janela com 0/T
- ✓ Carregar em OK
- ✓ Na janela aberta (menu balança) deverá aparecer: "peso atual 0,0 Kg".

Primeira pesagem


- ✓ Instalar o doente na unidade
- ✓ Manter apenas na cama os itens standards.
- ✓ Colocar a cama na horizontal
- ✓ Aceder ao monitor da cama
- ✓ Carregar no ícone da balança
- ✓ Seguir instruções
- ✓ Carregar em guardar peso (apenas os pesos guardados aparecerão no menu histórico).
- ✓ Efetuar o registo na folha de enfermagem

Pesagens seguintes

- ✓ Terminada a higiene do doente fazer a cama apenas com os itens standards.
- ✓ Remover itens que possam alterar peso base/tara da cama
- ✓ Colocar cama na horizontal
- ✓ Aceder ao menu principal do monitor e carregar no ícone balança
- ✓ Seguir instruções
- ✓ Carregar em guardar peso
- ✓ Efetuar registo na folha de registos de enfermagem

Elaborado por: Andreia Plácido e Inês Trigo

Revisto por:

 Unidade de Visão Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	Registo / Peso do Doente	Elaborado em 01/ 02/ 2021	Folha 3/3
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		IT.PQ.04. 11	

Situações especiais de pesagem

Quando tiver que colocar itens na cama que não possa retirar aquando da pesagem, tem que efetuar a auto compensação para que não sejam incluídos no peso do doente. O mesmo terá que fazer quando quiser retirar os itens extra e passar a fazer a pesagem apenas com os itens standards. Quando isso acontecer antes de colocar ou retirar os itens tem que:

- ✓ Aceder ao menu principal do monitor
- ✓ Carregar no ícone Balança
- ✓ Carregar em auto compensação
- ✓ Seguir instruções
- ✓ No final pesar o doente e efetuar registos

• **Monitorização / avaliação**

A avaliação do peso deve ser realizada diariamente no turno da manhã após os cuidados de higiene, a todos os doentes sem exceção, e devidamente registada na folha de enfermagem em local próprio.

• **Legislação, ordem de serviço, bibliografia de suporte**

Rocha, E. , & Passos, H. (2020). Nutrição artificial. In J. A. Pinho (coord), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (Cap. 12, pp. 152-159). Lisboa: Lidel.

Elaborado por: Andreia Plácido e Inês Trigo	Revisto por:
---	--------------

Anexos

Anexo I: Instrumento de recolha de dados



Unicise Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (Unicise)

Departamento: Enfermagem
Investigadores Principais: Inês João Rodrigues Trigo
Investigador Colaborador: Professor Doutor Olivério de Paiva Ribeiro e Professor Mauro Alexandre de Almeida Coelho
Nome do estudante: Inês João Rodrigues Trigo
Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, CMEMC, 7ªed.
Ano: 2021
Estudo: *O perfil da pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Tondela-Viseu*

(Não preencher este quadrado)

Nº Quest.

--	--	--	--	--

I – Variáveis sociodemográficas	
1 – Idade: _____ anos	2- Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3 – Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/ União de Facto <input type="checkbox"/> União de Facto <input type="checkbox"/> Divorciado/ Separado <input type="checkbox"/> Viúvo	
4– Zona de Residência: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana	
5 – Distrito de residência: <input type="checkbox"/> Viseu <input type="checkbox"/> Guarda <input type="checkbox"/> Outro: Qual?	
6 – Habilitações literárias/acadêmicas: <input type="checkbox"/> 4ºano <input type="checkbox"/> 9ºano <input type="checkbox"/> 12ºano	<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento <input type="checkbox"/> Outro: Qual? _____
7 – Residência em instituição (Lar, IPSS, Unidade de Cuidados Continuados Integrados): <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não	
8 – Sub-sistema de saúde: <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> ADSE	<input type="checkbox"/> Seguradora particular <input type="checkbox"/> Outro
II– Variáveis de contexto	
9 – Data de admissão no SU: __/__/__	10 – Hora de admissão no SU: __ h : __ min
11 – Turno de admissão no SU: <input type="checkbox"/> Manhã (8h-16h) <input type="checkbox"/> Tarde (16h-24h) <input type="checkbox"/> Noite (24h-8h)	
12 – Dia da semana da admissão no SU: <input type="checkbox"/> Segunda-feira <input type="checkbox"/> Terça-feira <input type="checkbox"/> Quarta-feira <input type="checkbox"/> Quinta-feira	<input type="checkbox"/> Sexta-feira <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
13 – Meio de transporte para o SU: <input type="checkbox"/> INEM	<input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Veículo próprio

<input type="checkbox"/> VMER	<input type="checkbox"/> Outro
14 – Chegada do doente ao SU: <input type="checkbox"/> Pelo próprio pé <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	
15– Hora da triagem: ___ h: ___ min	16 – Tempo desde a admissão até à triagem: minutos
17– Hora da primeira avaliação médica: ___ h: ___ min	18 – Tempo desde a triagem à primeira avaliação médica: ___ minutos
III– Variáveis Clínicas	
19– Fluxograma no Sistema de Triagem de Manchester: _____	20– Discriminador no Sistema de Triagem de Manchester: _____
21 – Prioridade clínica: <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Verde
22 – Área clínica: <input type="checkbox"/> Sala de Emergência <input type="checkbox"/> Pequena Cirurgia	<input type="checkbox"/> Área Urgente <input type="checkbox"/> Área Menos Urgente
23 – Especialidade responsável: <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
24 – Motivo de entrada no SU: _____	25 – Diagnóstico médico à alta do SU: _____
26 – Destino após a alta do SU: <input type="checkbox"/> Bloco operatório <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio/Local de residência	<input type="checkbox"/> Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes <input type="checkbox"/> Unidade de Monitorização do doente cirúrgico
27 – Foram efetuadas manobras de reanimação cardiorrespiratória? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
28 – Realização de exames complementares de diagnóstico realizados durante o período de permanência no SU: <input type="checkbox"/> Sim. Quais? <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Análises sanguíneas <input type="checkbox"/> FAST <input type="checkbox"/> Gasometria <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros. Qual/quais? _____ <input type="checkbox"/> Não	
IV – Variáveis de Saúde	
29 – Antecedentes pessoais: <input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não há registo	30 – Toma medicação diariamente: <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não há registo

<p>31- Parâmetros clínicos à entrada do SU: Pressão arterial: ___/___ mmHg Frequência cardíaca: ___ bpm Frequência respiratória: ___ cpm Temperatura: ___ °C Dor: - Escala utilizada: _____ - Score: _____ Glicemia capilar: _____ mg/dl Índice de reatividade de Glasgow: O ___ M ___ V ___ Valores gasimétricos: - pH: _____ - pCO₂: _____ - paCO₂: _____ - Na⁺: _____ - K⁺: _____ - Ca²⁺: _____ - Lactatos: _____ - Hb: _____</p>	<p>32- Parâmetros clínicos à saída do SU: Pressão arterial: ___/___ mmHg Frequência cardíaca: ___ bpm Frequência respiratória: ___ cpm Temperatura: ___ °C Dor: - Escala utilizada: _____ - Score: _____ Glicemia capilar: _____ mg/dl Índice de reatividade de Glasgow: O ___ M ___ V ___ Valores gasimétricos: - pH: _____ - pCO₂: _____ - paCO₂: _____ - Na⁺: _____ - K⁺: _____ - Ca²⁺: _____ - Lactatos: _____ - Hb: _____</p>
V – Intervenções de Enfermagem	
<p>33 – Utilização de adjuvantes da via aérea: <input type="checkbox"/> Sim. Via de administração: <input type="checkbox"/> Tubo orofaríngeo <input type="checkbox"/> Tubo nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Sonda de aspiração <input type="checkbox"/> Sonda de Yankeur <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>34 – Administração de oxigênio: <input type="checkbox"/> Sim. Via de administração: <input type="checkbox"/> Óculos nasais <input type="checkbox"/> Máscara facial simples <input type="checkbox"/> Máscara de alta concentração <input type="checkbox"/> Máscara de Venturi <input type="checkbox"/> Catéter nasal <input type="checkbox"/> Tubo endotraqueal Débito de oxigênio: _____ L/min <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>35 – Estabilização cervical: <input type="checkbox"/> Sim. Como? <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>36 – Imobilização em plano duro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>37 – Controle da hemorragia: <input type="checkbox"/> Sim Através: <input type="checkbox"/> Compressão manual <input type="checkbox"/> Aplicação de garrote <input type="checkbox"/> Imobilização/estabilização de fraturas <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>38 – Estabilização pélvica: <input type="checkbox"/> Sim. Como? <input type="checkbox"/> Lençol <input type="checkbox"/> <i>Pelvic Sling</i> <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>39- Punção de acessos venosos periféricos: <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? _____ Local? _____ Calibre? _____ <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>40 - Reposição volêmica: <input type="checkbox"/> Não necessitou <input type="checkbox"/> Soro fisiológico</p>	<p><input type="checkbox"/> Lactato de Ringer <input type="checkbox"/> Solução hipertônica de cloreto de sódio</p>

	<input type="checkbox"/> Concentrado de eritrócitos
41 – Administração de analgésicos: <input type="checkbox"/> Sim. Qual/quais? _____ Via de administração: _____ <input type="checkbox"/> Não	
42 – Adoção de medidas de aquecimento: <input type="checkbox"/> Não necessitou <input type="checkbox"/> Administração fluidos aquecidos <input type="checkbox"/> Aquecedor de leito	43 – Inspeção do dorso da pessoa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
44 - Entubação oro/nasogástrica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	45 – Cateterismo vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Anexo II: Deliberação Comissão de ética para a Saúde e Conselho de Administração do CHTV para realização do estudo



UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	04/16/04/2021
Designação	Pedido de autorização para desenvolver um estudo subordinado ao tema "Perfil das pessoas vítimas de trauma assistidas no serviço de urgência do CHTV.
Investigador Principal	Estudante de enfermagem – Inês Trigo Professor Doutor – Olivério Ribeiro Professor Assistente – Mauro Coelho
Data do documento	08 de março de 2021
Data de Entrada na CES	15 de abril de 2021
Data de Deliberação CES	16 de abril de 2021

Analisado o pedido de autorização para desenvolver um estudo subordinado ao tema "Perfil das pessoas vítimas de trauma, assistidas no serviço de urgência do CHTV, no âmbito do 7º curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, pela estudante de enfermagem Inês Trigo sob coordenação/orientação do Professor doutor – Olivério Ribeiro e Professor assistente – Mauro Coelho, esta CES deliberou, que nada tem a opor ao mesmo.

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 16/04/2021

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro
Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade
Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira
Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes
Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida
Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento
Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

Dra. Helena Solheiro
Presidente da C.E.S.

A quem Sr. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, do CHUV para solicitações de Compêndio parecer.

10/03/21

Dr. Nuno Duarte (Presidente do C.A.)
E.ª Sr.ª Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Tondela Viseu, E.P.E.

Dr. Nuno Duarte (Presidente do C.A.)
11.03.2021

Assunto: Pedido de autorização de colheita de dados/informação

No âmbito da unidade curricular – Relatório Final do 7º curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o Professor Doutor Olivério Ribeiro, o Professor Assistente Mauro Coelho e a Estudante Inês Trigo estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema “Perfil da pessoa vítimas de trauma assistidas no serviço de urgência”.

Este estudo integra-se na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniciSE) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV).

Neste contexto, solicitamos a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação.

Em seguida, apresentamos um resumo do protocolo de investigação, conforme recomendação n.º 1/2011 da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Faz-se ao parecer favorável da CES do CHUV, estão reunidas as condições para a autorização da colheita de dados. 22.04.21.

[Handwritten signature]

Mauro Alexandre Almeida Coelho

Hospital de São Teotónio - Tondela
Secretariado de Administração
Documento n.º 153
Data: 9/3/2021 - D.ª Inês
Data: 11/03/2021
Assinado: [Handwritten signature]
Euro: Comissão Ética

Autorizada a colheita de dados.

Reunido: 22/4/21
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Presidente (Nuno Duarte)
Vogal Executivo (Silvestre Gal)
Vogal Executivo (Mafalda Gesteira)
Diretor Clínico (Ricardo Melo)
Enfermeiro Director (Luís Lourenço)

Viseu, 08 de março de 2021