



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Qualidade do Sono do Doente Cirúrgico: Domicílio vs Internamento

Ana Filipa Cascais

Junho 2023

Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª Edição

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

Qualidade do Sono do Doente Cirúrgico: Domicílio vs Internamento

Ana Filipa Cascais

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professora Doutora Madalena Cunha

Junho 2023

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Madalena Cunha pelo o apoio, orientação e por acreditar mais em mim, que eu própria;

À minha colega e companheira nesta aventura, Vera Ferreira, pela amizade, partilha e apoio nos momentos de desânimo, tornando este percurso mais leve;

A todos os profissionais dos Serviços de Urgência e Cuidados Intensivos, pelo acolhimento, particularmente aos meus Enfermeiros Tutores, os Enfermeiros Especialistas Rosário Pereira, Octávio Duarte, Ana Teixeira e Paulo Silva, pela dedicação, saber, competência e disponibilidade;

Aos meus colegas de trabalho, amigos pelo apoio e força;

E especialmente à minha família, pelo apoio incondicional, compreensão e ânimo.

A todos o meu sincero Obrigado!

Resumo

Introdução: Atualmente, perante a evolução técnica e científica em saúde observa-se, um aumento da complexidade dos cuidados prestados. É essencial a formação específica e especializada, dos profissionais de saúde para responder às demandas atuais dos cuidados em saúde. Para o desenvolvimento de uma prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na área de enfermagem à pessoa crítica, é essencial não só a aquisição de competências científicas e técnicas, mas também de competências relacionais. A investigação em Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento de uma prática profissional segura e promotora da melhoria dos cuidados em enfermagem.

Objetivo: Demonstrar as competências específicas adquiridas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Avaliar qual a qualidade de sono do doente cirúrgico.

Métodos: Este trabalho encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo são descritas as atividades desenvolvidas durante os estágios clínicos realizados em contexto de urgência e cuidados intensivos, bem como a análise e reflexão crítica sobre as mesmas e o seu contributo para a aquisição e o desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No segundo capítulo é apresentado o estudo descritivo-correlacional de matriz transversal, realizado com 150 doentes internados para procedimento cirúrgico, num centro hospitalar português.

Resultados: A realização dos estágios clínicos permitiu, o desenvolvimento de um conjunto de competências na área do cuidado à pessoa em situação crítica no que diz respeito a: i) prevenção, intervenção e controlo de infeção; ii) responsabilidade profissional, ética e legal e iii) melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados prestados. A maioria dos participantes apresentou uma má qualidade de sono (PSQI>5=89.3%) durante o internamento.

Conclusão: A aquisição de competência em Enfermagem Médico-Cirúrgica permite desenvolver uma prática assistencial mais especializada e competente na área da pessoa em situação crítica. Com a realização da componente de investigação, espero que esta permita uma maior consciencialização dos profissionais de saúde, para a má qualidade do sono no doente cirúrgico e assim promover o desenvolvimento de práticas clínicas que procurem abolir ou minimizar os fatores associados ao sono inadequado.

Palavras-chave: Doente crítico, enfermagem médico-cirúrgica; qualidade de sono; doente cirúrgico; hospitalização.

Abstract

Introduction: Currently, given the technical and scientific evolution in healthcare, an increase in the complexity of the care provided is observed. Specific and specialized training of healthcare professionals is, thus, essential to respond to the current demands in the area. For the development of a specialized practice in Medical-Surgical Nursing, specifically in the area of critical care nursing, it is essential not only to acquire scientific and technical skills, but also relational skills. Research in Nursing is essential for the development of a safe professional practice that can promote the improvement in nursing care.

Objective: To demonstrate the specific skills acquired in Medical-Surgical Nursing in the area of patients in critical situation. To evaluate the quality of sleep of surgical patients.

Methods: This work is divided into two chapters. The first chapter describes the activities developed during the clinical internships carried out in the context of emergency and intensive care, as well as their analysis and critical reflection on them and their contribution to the acquisition and development of Common and Specific Skills for a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. In the second chapter, the descriptive-correlational cross-sectional study is presented, which was carried out with 150 patients hospitalized for a surgical procedure in a Portuguese hospital.

Results: The completion of clinical internships allowed the development of a set of skills in the area of care for patients in critical situation in what concerns: i) prevention, intervention and infection control, ii) professional, ethical and legal responsibility, and iii) continuous improvement of the quality and management of the care provided. Most participants experienced poor sleep quality ($PSQI > 5 = 89.3\%$) during hospitalization.

Conclusion: The acquisition of competence in Medical-Surgical Nursing allows the development of a more specialized and competent care practice in the area of patients in critical situation. I hope that the completion of the research component will create awareness among health professionals of the poor quality of sleep in surgical patients, thus promoting the development of clinical practices that seek to abolish or minimize the factors associated with inadequate sleep.

Keywords: Critical care, medical-surgical nursing, sleep quality, surgical patient, hospitalization.

Sumário	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de gráficos	
Lista de figuras	
Lista de quadros	
Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução	17
Capítulo I – Componente Clínica	21
1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	22
1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	22
1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	24
1.3. Domínio da gestão dos cuidados	30
1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	32
2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	34
2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	34
2.1.1. Cuida da pessoa, família/cuidador em situação crítica em contexto de urgência e emergência	35
2.1.2. Cuida da pessoa, família/cuidador em situação crítica em contexto de cuidados intensivos	41
2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe	52
2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controle da infeção e da resistência a antimicrobianos	53
Capítulo II – Componente de Investigação	
Estudo - Qualidade do sono do doente cirúrgico: domicílio vs Internamento	59

Resumo	61
Abstract	63
Introdução	67
1. Métodos	69
1.1. Participantes	69
1.2. Instrumentos de recolha de dados	70
1.3. Critérios de inclusão/exclusão	71
1.4. Procedimentos éticos	71
1.5. Análise estatística	72
2. Resultados	73
2.1. Caracterização clínica	73
2.2. Características do padrão e higiene do sono	81
2.3. Qualidade de sono e seus componentes	85
2.4. Comparação da qualidade de sono entre o domicílio e o internamento	87
2.5. Relação das variáveis sociodemográficas com a qualidade de sono, no internamento	89
3. Discussão	97
4. Conclusão	101
Considerações finais	105
Referências bibliográficas	107
Apêndices	
Apêndice 1 – Projeto de implementação da Via Verde Trauma	115
Apêndice 2 – Protocolo Isolamento de Proteção	149
Apêndice 3 – Protocolo Isolamento de Contacto	153
Apêndice 4 – Formação em serviço: Projeto Via Verde Trauma	161
Apêndice 5 – Pôster: Fluxograma Via Verde Trauma	177
Apêndice 6 – Instrumentos de Recolha de dados	179
Apêndice 7 - Consentimento Informado	185
Anexos	
Anexo 1 – Curso Suporte Básico de Vida com DAE	189
Anexo 2 – Curso Suporte Avançado de Vida	191
Anexo 3 - Deliberação da Comissão de Ética e do Conselho de Administração	193

Lista de Tabelas

		Pág.
Tabela 1	Caracterização sociodemográfica dos doentes cirúrgicos	69
Tabela 2	Consistência interna do PSQI-PT no presente estudo	71
Tabela 3	Diagnóstico clínico	73
Tabela 4	Diagnóstico clínico em função das categorias	74
Tabela 5	Tipologia das doenças crónicas	75
Tabela 6	Tipos de fármacos consumidos em associação	76
Tabela 7	Tipo de cirurgia	77
Tabela 8	Tipo de cirurgia em função das categorias	78
Tabela 9	Medicação facilitadora do sono prescrita	79
Tabela 10	Tipo de complicações	80
Tabela 11	Resumo da caracterização clínica	80
Tabela 12	Horário de deitar	81
Tabela 13	Tempo para adormecer	81
Tabela 14	Horário de acordar	82
Tabela 15	Número total de horas de sono	83
Tabela 16	Qualidade subjetiva do sono	84
Tabela 17	Uso de medicação para dormir e disfunção diurna	85
Tabela 18	Qualidade do sono e componentes	86
Tabela 19	Qualidade do sono – valor global	86
Tabela 20	Comparação dos resultados da qualidade do sono entre domicílio e internamento	87
Tabela 21	Relação entre a qualidade de sono – valor global no domicílio e internamento	89

Tabela 22	Correlação de Spearman entre PSQI-PT e a idade em anos	89
Tabela 23	Qualidade do sono em função da idade	90
Tabela 24	Qualidade de sono – valor global em função da idade	91
Tabela 25	Qualidade do sono em função do género	92
Tabela 26	Qualidade de sono – valor global em função do género	92
Tabela 27	Qualidade do sono em função do estado civil	93
Tabela 28	Qualidade de sono – valor global em função do estado civil	94
Tabela 29	Qualidade do sono em função das Habilitações literárias/ académicas	95
Tabela 30	Qualidade de sono – valor global em função das Habilitações literárias/académicas	96

Lista de Gráficos

		Pág.
Gráfico 1	Distúrbios do sono	84
Gráfico 2	Comparação do PSQI-PT entre o domicílio e o internamento	88

Lista de Figuras

Figura 1	Tempos alvo previstos de atendimento	40
Figura 2	Escala RASS	46
Figura 3	Escala Coma de Glasgow	47
Figura 4	Escala ESCID	49

Lista de Quadros

Quadro 1	Abordagem “ABCDE”	37
----------	-------------------	----

Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BAI - Inventário de Ansiedade de Beck

BIS - Índice Bispectral

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECD - Exames complementares de diagnóstico

ECG - Eletrocardiograma

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EPI – Equipamento proteção individual

ESCID – Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

ESSV- Escola Superior de Saúde de Viseu

ETCO2 – Dióxido de Carbono Expirado

FC – Frequência Cardíaca

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência respiratória

FR – Frequência respiratória

HTA – Hipertensão Arterial

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICP – Intervenção coronária percutânea

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

NE – Nutrição Entérica

NP- Nutrição Parentérica

OE – Ordem Dos Enfermeiros

PA – Pressão Arterial

PAI – Pressão Arterial Invasiva

PAM – Pressão Arterial média

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIC – Pressão intracraniana

PICCO - Pulse Contour Cardiac Output

PSQI - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

RASS- Richmond Agitation-Sedation Scale

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SGQ – Sistema gestão de qualidade

SMI – Serviço Medicina Intensiva

SpO2 – Saturação de Oxigénio

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU - Serviço de Urgência

TAC – Tomografia axial computadorizada

TISS-Therapeutic Intervention Scoring System

TOF – Train of Four

TOT- Tubo orotraqueal

VM - Ventilação Mecânica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VVAVC – Via verde de Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via verde Coronária

VVT – Via Verde Trauma

Introdução

A realização do presente trabalho surge inserida na Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), 8ª edição da Escola Superior de Saúde de Viseu.

A realização deste relatório pretende descrever de forma crítico-reflexiva a aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvidas durante os estágios no Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva, do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

O estágio visa o desenvolvimento de conhecimentos e competências na prática especializada e dotar os estudantes de competências cognitivas, interpessoais e instrumentais na área de urgência/emergência e cuidados intensivos, nos domínios da prestação de cuidados, da gestão de cuidados, das aprendizagens profissionais e da gestão da qualidade (Escola Superior de Saúde de Viseu [ESSV], 2022).

O enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística à complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Deste modo, o enfermeiro especialista, no final do seu percurso de formação, deverá aplicar os seus conhecimentos e ser capaz de compreender e de resolver problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Deve ter a capacidade de responder eficazmente, à complexidade e diversidade dos processos de doença aguda ou crónica vivenciados pela pessoa/família, mobilizando conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na concepção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria promotora da segurança e da qualidade de cuidados (OE, 2018).

O desenvolvimento do conhecimento científico e consequentemente a prática baseada na evidência traduz-se em melhorias para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Uma das competências comuns do enfermeiro especialista é desenvolver

investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

A investigação e o desenvolvimento da ciência encontram-se intrinsecamente ligados. A Enfermagem como ciência, possui um corpo de conhecimentos próprios cuja delimitação é a própria investigação, sendo possível desenvolver, aperfeiçoar e aumentar o conhecimento em Enfermagem, contribuindo para a segurança dos cuidados, otimização dos resultados em Enfermagem, assim como para o desenvolvimento profissional (Teixeira & Figueiredo, 2020).

Neste sentido, de forma a contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem, este relatório inclui também a componente de investigação. No decorrer da minha prática profissional observo que, muitas vezes os doentes internados, apresentam um sono fragmentado e de má qualidade, por esse motivo, procurou-se avaliar a qualidade do sono do doente internado.

Este relatório encontra-se dividido em duas componentes. A primeira parte, relativa à componente clínica, são descritas as atividades desenvolvidas durante os estágios, a análise e reflexão crítica sobre as experiências de aprendizagem e o seu contributo para a aquisição e o desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A segunda parte é relativa ao desenvolvimento da componente de investigação sobre a temática “Qualidade de sono do doente cirúrgico: domicílio vs internamento”.

Capítulo I – Componente Clínica

Capítulo I – Estágio em Contexto de Urgência e Cuidados Intensivos

Os ensinamentos clínicos têm como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais adequadas à prestação de cuidados e à investigação na prática especializada em áreas clínicas específicas de médico-cirúrgica (ESSV, 2022).

Os cuidados de saúde e, nomeadamente os cuidados de Enfermagem, assumem uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019).

Os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica exigem um planeamento, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e suas famílias alvos dos seus cuidados, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa. As competências técnico-científicas especializadas, permitem a deteção precoce, estabilização e recuperação de situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo deste modo complicações, mas também atuando na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (OE, 2018).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações, tendo como propósito a sua recuperação total (OE, 2018).

Os estágios foram realizados no Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, durante o período de 28 de Novembro de 2022 a 10 de Fevereiro de 2023 e de 20 de Fevereiro a 28 de Abril de 2023, respectivamente, tendo cada um dos estágios uma carga horária de 180h.

1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade. “O enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (p.4745).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem as dimensões da educação dos utentes e pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de desenvolver investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019).

1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A profissão de Enfermagem tem dimensão ética que engloba o respeito e a proteção da dignidade humana, uma dimensão moral que deriva do facto de a sociedade esperar uma atuação competente e de qualidade e, uma expressão deontológica e jurídica, onde se fundem valores, virtudes, princípios e deveres (Nunes & Amaral, 2022).

O desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal presume um exercício profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Com a evolução da sociedade e respetivas expectativas de acesso a cuidados de Enfermagem, com maior qualificação (técnica, científica e ética) para satisfazer necessidade e cuidados de saúde, cada vez mais exigentes, fizeram surgir a necessidade de se regulamentar e controlar o exercício profissional dos Enfermeiros (Nunes & Amaral, 2022).

Durante os ensinamentos clínicos procurei ter presente o que a Deontologia profissional encerra, fundamentalmente, o conjunto de valores e deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro, para prestar cuidados de Enfermagem às pessoas, famílias ou comunidades, de modo a orientar a minha prática profissional. Contudo, além dos deveres é de ressaltar também os direitos que se fundamentam, por um lado, a dignidade profissional

do enfermeiro e, por outro lado, a pretendida excelência do exercício, como forma de garantir o direito dos clientes a cuidados de qualidade (OE, 2015).

No que respeita às dimensões ética, relacional e deontológica penso que desenvolvi e aperfeiçoei um conjunto de competências que são deveras importantes para o meu desenvolvimento enquanto profissional de saúde. Ao longo do meu exercício profissional e neste caso durante os estágios, cuidei da pessoa/doente independentemente da sua posição económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, de acordo com o respeito pelos valores humanos e abstendo-me da realização de juízos de valor, bem como garantir a confidencialidade e sigilo profissional.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, tem um papel primordial no que diz respeito à defesa dos direitos humanos fundamentais. A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica está repleta de subtilezas éticas e deontológicas. Princípios como o respeito pela Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça devem ser balizadores em todos os processos de tomada de decisão ética pelos profissionais de saúde, assim como o respeito pela Dignidade Humana.

O respeito pela dignidade humana é um valor autónomo inerente ao ser humano, assim o enfermeiro, no seu exercício profissional deve reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa, bem como a sua autonomia, isto é, capacidade da pessoa se reger pelas suas próprias leis (OE, 2015). O enfermeiro deve reger a sua prática profissional em prol do bem do doente, procurando não causar dano no mesmo, suportando-se nos princípios de beneficência e não maleficência. A justiça representa a igualdade de direitos, quer juridicamente estabelecidos, quer moralmente exigidos. Consiste em “dar a cada um o que lhe é devido”, ou de acordo com as suas necessidades, que a pessoa tenha tudo a que tenha direito e que seja tratada com equidade (OE, 2015).

O doente crítico, devido ao seu carácter emergencial e à necessidade de cuidados tecnológicos de maior complexidade, representa um dilema ético para os profissionais de saúde, em muitas situações. A pessoa em situação crítica, muitas vezes, não exerce em pleno a sua autonomia, pela situação de emergência e pela impossibilidade de se consultar o seu representante legal em tempo útil. A necessidade de cuidados diferenciados altamente complexos, os quais constituem recursos limitados, e perante o aumento da demanda, tem-se tornado um problema para um sistema de acesso universal à saúde e, consequentemente, um desafio para os profissionais de saúde (Pereira et al, 2021).

Os avanços tecnológicos na área da saúde têm aumentado a capacidade da ciência em prolongar a vida, substituindo funções vitais do doente por tecnologia. Apesar de a morte ser um evento inevitável, quanto mais avançamos científica e tecnologicamente, mais

tentamos dominá-la, travando uma luta desmedida contra a mesma. O uso indiscriminado destes avanços, a obstinação terapêutica, com adoção de terapias cada vez mais invasivas e dispendiosos tratamentos fúteis, que adiam desnecessariamente a morte, têm levado ao prolongamento do sofrimento da pessoa e seus familiares (Maingué et al, 2020; Lima & Manchola-Castillo, 2021).

A maioria dos doentes continua a receber assistência inadequada, focada apenas na tentativa de curar. Em circunstâncias de prognóstico desfavorável, é essencial proteger a dignidade e garantir a qualidade de vida por meio de decisão compartilhada, respeitando a autonomia do doente e seus familiares (Maingué et al, 2020).

Os serviços de atendimento ao doente crítico são serviços complexos e altamente tecnológicos, onde se necessita pensar e agir rapidamente, no qual muitas vezes o atendimento é centralizado nos procedimentos a serem efetuados, deixando para segundo plano o diálogo, o contato visual, e a atenção à pessoa, necessária naquele momento. Desta forma, para o desenvolvimento de um cuidado humanizado, além do conhecimento técnico e científico, é necessário que o enfermeiro tenha em consideração as necessidades e sentimentos do doente. Atitudes como, transmitir segurança, dar um sorriso, olhar nos olhos, conhecer a história clínica do doente, são atitudes simples, mas que fazem a diferença no cuidado prestado ao doente (Radaelli et al, 2019).

No decorrer da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, tive a preocupação de desenvolver um cuidado humanizado, pela situação de fragilidade que a pessoa se encontrava e pela empatia sentida. Salvaguardei a intimidade e dignidade do doente, cobrindo o seu corpo com lençol e recorrendo ao uso de biombos/cortinas para garantir a privacidade do doente, principalmente em procedimentos de maior exposição, como por exemplo, na prestação de cuidados de higiene e conforto. Antes da realização de qualquer procedimento, expliquei o que iria efetuar obtendo deste modo o consentimento da pessoa e, ao mesmo tempo transmitindo-lhe calma e segurança através da transmissão de informação.

1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade em saúde tem sido uma preocupação e uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde. Um Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) consiste numa estrutura documentada e formalizada, criada para gerir e garantir a qualidade da assistência, os recursos e procedimentos operacionais e as responsabilidades estabelecidas. Além de métodos e procedimentos, a organização de sistemas de qualidade em saúde, visa

a institucionalização de um ambiente propício ao desenvolvimento da cultura de qualidade. A Enfermagem desempenha um papel importante na gestão da qualidade, sendo responsável pela padronização de procedimentos, pela realização de avaliações, auditorias e monitorização de indicadores relativos aos cuidados prestados aos doentes (Wolff et al, 2022).

Compete ao Enfermeiro Especialista dinamizar o desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

A segurança do doente constitui um dos elementos centrais na prática clínica, e uma das dimensões integrantes da qualidade em saúde. A Organização Mundial de Saúde define a segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.” A complexidade e imprevisibilidade dos cuidados de saúde, torna-os, propensos à ocorrência de incidentes que podem conduzir a resultados negativos com danos para os doentes e profissionais (Ramos et al, 2021).

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, é reconhecida nacional e internacionalmente, traduzindo-se em ganhos em saúde. A nível nacional, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 fomentou a segurança do doente no SNS, com melhorias ao nível de questões específicas como (Portugal, 2021):

- A cultura de segurança do ambiente interno
- Assegurar a identificação inequívoca dos doentes
- A segurança da comunicação
- A segurança cirúrgica
- A segurança na medicação
- Prevenir a ocorrência de quedas
- Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão
- Promover a notificação de incidentes
- Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos (domicílio e telessaúde), sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de

segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Portugal, 2021).

Cultura e Segurança do ambiente interno

A qualidade e segurança do doente passa também por garantir condições de segurança do ambiental dos serviços e equipamentos. A gestão dos recursos materiais influencia de forma significativa o trabalho dos profissionais que prestam cuidados, podendo comprometer de forma direta ou indireta a qualidade os cuidados prestados. O serviço de aprovisionamento tem como objetivo, colocar à disposição dos profissionais, materiais e equipamentos em condições adequadas no que respeita à quantidade, qualidade, custo, timing e segurança (Melo, et al, 2022).

A reposição dos materiais e equipamentos nos respetivos posto de trabalho é da competência do enfermeiro. No SU, a gestão de medicação e stocks das salas de trabalho de enfermagem, era realizada no período da manhã. Na SE, no início do turno da manhã era também realizada diariamente, a verificação dos equipamentos (carros de emergência, ventiladores, monitores, carros de material, seringas e bombas infusoras, fontes de O2 e de vácuo), a reposição de medicação e material em falta, através do recurso a cheklists. Com este sistema de verificação procurava-se eliminar o risco de não ter o material nem os equipamentos necessários numa situação de emergência, assim como melhor a qualidade e eficiência do serviço. O mesmo se verificou no SMI, após a alta do doente e realização da limpeza terminal da respetiva unidade, era efetuada a reposição do material e equipamento necessário, bem como a montagem e testagem do ventilador, assegurando que estavam reunidas as condições necessárias para a receção de outro possível doente.

Em ambos os serviços verifica-se a gestão dos resíduos hospitalares, nos quatro grupos de risco I e II (não perigoso) e III e IV (perigosos), de modo a criar um ambiente seguro.

Identificação inequívoca dos doentes

Um dos aspectos cruciais que norteiam desde sempre a minha prática profissional e que levei para os campos de estágio é a identificação inequívoca do doente. Considero um dos alicerces para o desenvolvimento de uma práxis segura, ainda mais em contexto de cuidados geradores de grande stress e pressão, como é a pessoa em situação crítica.

Antes da realização de qualquer procedimento ou administração de medicação, efetuei a confirmação da identidade do doente, através da validação da pulseira de identificação e/ou pela identificação positiva em doentes conscientes e orientados.

Segurança da comunicação

A comunicação é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, particularmente nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Portugal, 2021).

Cada vez mais a realização e informatização dos registos de enfermagem, assumem maior importância, pela evidência do trabalho da Enfermagem, do processo de tomada de decisão e como garante da continuidade de cuidados de enfermagem e consequentemente da qualidade dos mesmos. Durante os estágios realizei registos dos cuidados efetuados ao doente, no SU através do Alert® e, no SMI através BSimple Patient Care. No SU, os registos foram realizados de acordo com a linguagem CIPE, promovendo a uniformização dos mesmos e utilizando a metodologia de avaliação da vítima em situação crítica através da mnemónica ABCDE.

No SMI os registos dos parâmetros vitais do doente (PA, FC, Ritmo cardíaco; FR; T; débito urinário; parâmetros ventilatórios) e, ritmo das perfusões endovenosas e entéricas eram realizados de hora a hora. No final de cada turno era realizada uma avaliação geral do estado hemodinâmico e ventilatório do doente, da sua evolução clínica e intercorrências, bem como o registo dos procedimentos realizados incluindo a realização de exames.

Estes sistemas de informação integram a informação clínica dos doentes, constituem uma melhoria para a qualidade, eficiência e segurança dos cuidados. Permitem a integração e partilha da informação relativa ao doente, garantindo deste modo a continuidade de cuidados.

A transição de cuidados em saúde refere-se a qualquer momento da prestação, em que ocorra a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, visando manter a continuidade e segurança dos mesmos. Esta transição de cuidados pode ocorrer entre serviços, entre turnos e mesmo entre instituições, sendo que, a DGS recomenda a normalização da técnica ISBAR: identificação dos profissionais e doente, diagnóstico e situação clínica do doente, antecedentes e atitudes terapêutica/cuidados a que foi submetido (DGS, 2017a).

Além dos registos informatizados, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz e segura, sendo essencial para a melhoria da segurança do doente. A utilização da metodologia ISBAR como agente promotor de uma transmissão de informação, possibilita a minimização de lapsos e eventos adversos (Ramos & Cunha, 2022).

Segurança na medicação

Um dos eventos adversos que ocorrem com maior frequência, estão associados aos erros de administração de medicação, pelo que constituem o ultimo desafio global da OMS, para a segurança do doente, Medicação sem dano.

Tem-se observando uma preocupação da Instituição hospitalar e respetivos serviços na melhoria da segurança na medicação. Nos últimos anos, verificaram-se mudanças fundamentais relativamente ao circuito dos medicamentos, desde a obrigatoriedade da prescrição eletrónica da medicação, à distribuição de medicamentos em dose unitária e ultimamente nos serviços, através da sinalização dos medicamentos LASA (medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes) e dos medicamentos de alerta máximo. Estas medidas associadas à identificação correta do doente, medicação, dose, via de administração e hora certa, bem como à monitorização/vigilância dos efeitos da medicação, evitam a ocorrência de erros potencialmente graves. Durante a minha prática profissional e assim como nos estágios, adotei um postura segura aquando a administração de medicação, pela validação dos parâmetros anteriormente mencionados bem como na identificação e rotulagem da medicação a administrar.

Prevenção de quedas

Constituem um evento frequente no doente idoso, traduzindo-se em complicações e aumento do período de internamento. De forma a prevenir a ocorrência deste eventos, observa-se o recurso a macas e camas com grades. No SU procede-se à colocação de doentes confusos mais próximos dos profissionais de saúde, de modo a permitir uma maior vigilância e deste modo à prevenção deste tipo de ocorrências. No internamento, procede-se à avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de Morse.

Prevenção de Úlceras por pressão

No SMI, os doentes por se encontrarem sedados encontram-se mais expostos ao desenvolvimentos de úlceras de pressão. Nesse sentido a cada 24h é efetuada a reavaliação do risco de desenvolvimento de ulceras de pressão, através da Escala de Braden.

Ao longo do estágio de forma a prevenir o desenvolvimento de ulceras por pressão, além da estratificação do seu risco, procedi ao posicionamento dos doentes com recurso a dispositivos de apoio (almofadas, cunhas, rolos, etc); à hidratação da pele; à promoção do alinhamento corporal e distribuição do peso do corpo do doente e manutenção da roupa limpa e sem rugas, bem como evitar a humidade na pele do doente.

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

De modo a garantir a segurança do doente nesta área e consequentemente a qualidade de cuidados de saúde prestados, ao longo do estágio adoptei de medidas de precaução básicas de controlo da infeção, bem como medidas específicas, “feixes de intervenções” ou bundles, para a redução da infeção associada ao cateter central ou pneumonia associada ao ventilador, como pude aplicar no SMI, as quais são desenvolvidas em capítulo dedicado.

Além destes aspectos anteriormente mencionados, verifiquei a existência nos serviços do Manual de Qualidade, principalmente no SMI, no qual constam as normas, procedimentos e protocolos do serviço, que tem por objetivo melhorar o desempenho e qualidade do mesmo.

A familiarização e aplicação destes protocolos/procedimentos foram essenciais ao desenvolvimento da minha prática profissional em cada um dos serviços, pois constituíram orientações padronizadas, baseadas na evidência científica, relativamente às boas práticas e prestação de cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica, ajudando no processo de tomada de decisão, garantindo deste modo a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Ainda no decorrer dos estágios clínicos tive a oportunidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços, nos respetivos campos de estágio. No serviço de urgência, através da participação na elaboração de um projeto de Implementação da Via Verde Trauma, com o qual se pretendia melhorar os cuidados prestados ao doente de trauma major, reduzindo tempo de atendimento e acesso ao tratamento e consequentemente reduzindo a morbilidade e mortalidade associadas ao trauma (Apêndice1). Neste projeto são definidos: a triagem e os critérios de ativação da equipa de Trauma; os elementos integrantes da equipa de Trauma; a abordagem e tratamento da vítima de trauma (avaliação primária e avaliação secundária) e as funções e intervenções independentes e interdependentes do enfermeiro.

No serviço de medicina intensiva colaborei com a melhoria da qualidade do serviço com a realização do Protocolo de Isolamento de Proteção (Apêndice 2) e o Protocolo de Isolamento de Contato (Apêndice 3) para os microorganismos de maior prevalência no serviço, por ainda não existirem no serviço. No Protocolo de Isolamento de Proteção, são definidos os doentes a que se aplica, bem como as medidas de isolamento (precauções básicas, equipamentos de proteção individual, transporte intra-hospitalar e visitas). No

Protocolo de Isolamento de Contacto, são definidos os agentes infecciosos, fatores de risco, rastreio, medidas de isolamento, descolonização e rastreio da eficácia da descolonização.

1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Compete ao Enfermeiro Especialista gerir os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, e adequando os recursos às necessidades de cuidados (OE, 2019).

A organização do trabalho é fundamental devido à complexidade inerente ao doente crítico, de modo a minimizar o stress e fadiga dos profissionais e consequentemente, garantir a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O enfermeiro gestor desempenha um papel determinante na criação e manutenção de um ambiente de praxis positivo, saudável e seguro quer para os profissionais como para o doente e visitas. As características da liderança e da gestão, bem como o exercício das competências do enfermeiro-gestor, influencia a qualidade, segurança e a produtividade das equipas (Jesus et al, 2022).

Os ambientes para o exercício da prática de enfermagem são influenciados pela, gestão, liderança e apoio aos enfermeiros; relação entre a equipa multidisciplinar; empoderamento e autonomia profissional; participação na governança e organização dos serviços; adequação dos recursos, dotações/rácios/carga de trabalho/intensidade de cuidados e pelo nível de formação, especialização e experiência/competência do enfermeiro (Jesus et al, 2022).

Para o desenvolvimento de competências na área de gestão de cuidados, observei e colaborei com os enfermeiros tutores na coordenação de cuidados, quando estes estavam como responsáveis de turno. Ao longo dos estágios, pude constatar a importância do papel do enfermeiro responsável de turno, o qual é o promotor de um ambiente adequado, seguro e eficiente na ausência do Enfermeiro Chefe. Apesar de já exercer esse papel no serviço onde desempenho funções, pude verificar a sua importância principalmente em serviços tão complexos como o SU e SMI, o qual é responsável pela realização de múltiplas atividades/funções. O enfermeiro responsável de turno tem como funções: distribuição dos doentes pelos enfermeiros em função do número de horas de cuidados; organização dos horários das refeições; realização de pedidos de medicamentos urgentes ou não urgentes aos Serviços Farmacêuticos; contabilização, verificação e recolocação dos estupefacientes; providencia a conservação ou conserto de instalações e equipamentos; intervém na gestão

de conflitos; é o elo de ligação entre a equipa multidisciplinar; gere os recursos humanos e materiais segundo as carências.

O enfermeiro gestor assume um papel primordial na gestão dos cuidados de enfermagem, na gestão do serviço e dos recursos disponíveis, na formação e na gestão de dinâmicas ao nível do sistema de saúde. Requer para isso habilidades clínicas, gerenciais, interpessoais e de liderança (Martins et al, 2022).

Quanto à gestão dos cuidados prestados ao doente, utilizei a metodologia científica instituída para colher dados, planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem de forma contínua. Ao nível da tomada de decisão, estabeleci prioridade de atendimento e de cuidados, garantindo a segurança e a qualidade dos mesmos.

A metodologia de trabalho utilizada pelas equipas de enfermagem dos campos de estágio, consistiram no método individual de trabalho, ou seja cada enfermeiro assume no seu turno, a total responsabilidade pela prestação de cuidados aos doentes que lhe foram atribuídos no início do mesmo. Contudo, apesar do método de trabalho instituído, é possível observar um grande espírito camaradagem e interajuda entre os elementos das equipas, verificando-se que as mesmas se mostravam disponíveis em ajudar o colega em caso de necessidade.

O método individual de trabalho consiste num método de trabalho centrado no doente. Os cuidados são desenvolvidos com base no método científico, identificando-se as necessidades de cuidados de enfermagem do doente, estabelecendo prioridades, planeando, executando e avaliando as intervenções. O cuidado ao doente tem uma perspectiva holística e personalizada (Parreira et al, 2022).

Este método tem como vantagens para o doente, a individualização dos cuidados, centrado nas necessidades do mesmo e o favorecimento da relação enfermeiro/doente, reforçando a confiança no enfermeiro e a segurança do utente. Para o enfermeiro promove a aplicação do processo de enfermagem, facilitando o processo de tomada de decisão; a continuidade dos cuidados prestados e diminuição do erro; possibilita o estabelecimento da relação terapêutica; promove o desenvolvimento de capacidades e aptidões individuais do enfermeiro (Parreira et al, 2022). Esta metodologia de trabalho possibilitou-me o desenvolvimento do processo de enfermagem estruturado, nomeadamente na identificação e resolução dos problemas detectados nos doentes. Através da avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados, é possível uma organização dos cuidados prestados em função das necessidades do doente, a qual se traduz num cuidado individualizado, integral e humanizado.

Para o desenvolvimento desta competência, gestão dos cuidados, durante os estágios é de ressaltar a adoção de uma postura assertiva, colaborativa e flexível com toda a equipa multidisciplinar, contribuindo assim para o processo de trabalho em equipa e facilitando e potenciando o meu processo de aprendizagem ao longo dos estágios.

1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as que incluem o desenvolvimento do autoconhecimento e da prática clínica especializada baseada na evidência científica (OE, 2019).

O investimento educacional é fundamental, devendo ser promovida pelas instituições como de forma individual. A autoformação consiste num modo particular de aprendizagem, na qual o sujeito/educando é o protagonista do seu próprio processo educativo, fazendo as suas próprias escolhas na construção do seu conhecimento a partir da reflexão crítica. O educando é o próprio protagonista do processo de ensino-aprendizagem, pois através da consciência reflexiva sobre a prática, transforma-se a si e a sua realidade (Martini et al, 2022).

A formação permanente dos enfermeiros é fundamental de forma a enfrentar as rápidas transformações no ambiente de trabalho e o avanço do conhecimento científico e tecnológico, pelo que se deve estimular o pensamento crítico e a reflexão (Martini et al, 2022).

Ao longo deste percurso formativo com vista a aquisição de competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, tive a necessidade de desenvolver pesquisa bibliográfica para poder acompanhar os cuidados diferenciados e diversificados prestados, permitindo cuidar do doente crítico com outro à-vontade e com outra competência.

Ainda no desenvolvimento das competências científicas e técnicas no cuidado ao doente crítico e por considerar relevante para o aprimoramento e consolidação das aprendizagens adquiridas ao longo do curso, durante o estágio do SU realizei o Curso de Suporte Básico de Vida – DAE (Anexo 1) e o Curso Suporte Avançado de Vida (Anexo 2), ambos certificados pelo INEM. Considero que foi uma mais valia para permitir uma atuação segura e fundamentada em situações de emergência.

É necessário a existência de uma política de formação que potencie o desenvolvimento do capital humano, sendo essencial para garantir a qualidade de cuidados

prestados. A formação realizada nos contextos de trabalho tem vindo a ganhar importância, sendo um dos principais meios de desenvolvimento das competências dos enfermeiros na procura da excelência profissional (Martins et al, 2022).

Neste contexto, colaborei na formação em serviço no SU, através da apresentação do projeto de implementação da VVT (Apêndice 4) e elaboração de um pôster com a representação de um fluxograma para os critérios de ativação da VVT (Apêndice 5). Esta formação permitiu dar a conhecer a mais recente Norma da DGS (Norma n.º 012/2022 de 18 de Novembro de 2022), relativa à VVT no Adulto, ainda desconhecida por alguns elementos da equipa, tendo como objetivo orientar adequadamente os utentes vítimas de trauma, identificando de forma rápida e eficaz todas as vítimas de trauma major, de modo que sejam tratados rapidamente, potenciando a possibilidade de sobrevivência.

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

Atualmente, com a evolução técnica e científica em saúde observa-se, um aumento da complexidade dos cuidados prestados em saúde. Isto exige dos profissionais de saúde, formação específica e especializada, de forma a responder às exigências atuais dos cuidados em saúde.

A pessoa em situação crítica *“é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2018, p.19362). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, que têm como objetivo dar resposta às necessidades afetadas e mantendo as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018).

Neste capítulo irei realizar uma análise e reflexão crítica sobre as experiências de aprendizagem e o seu contributo para a para a aquisição e o desenvolvimento de Competências Específicas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

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

Este constituiu o objetivo mais desafiante e complexo deste percurso, não só pela complexidade do doente crítico, mas e principalmente pela abrangência de competências necessárias ao desenvolvimento do cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, nomeadamente um desenvolvimento de conhecimentos técnicas, científicas e relacionais, de forma a responder em tempo útil e ao mesmo tempo prestando um cuidado humanizado.

2.1.1. Cuida da pessoa/ família em situação crítica, em contexto de Urgência e Emergência

O funcionamento dos Serviços de Urgência tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde. Por múltiplas razões, os Serviços de Urgência transformaram-se progressivamente na porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, o funcionamento regular de todos os outros Serviços de Ação Médica, do Ambulatório e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Em Portugal, mais de 50% dos atendimentos, não carecem de um atendimento em Serviço de Urgência, traduzindo num impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados, pelo desvio dos recursos humanos. Os Serviços de Urgência são deveras procurados pelos cidadãos/ utentes do Serviço Nacional de Saúde, colocando muitas vezes em causa a missão daqueles Serviços, isto é a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos/utentes em situação de doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente (DGS, 2001).

É fundamental, para a compreensão da lógica de funcionamento dos Serviços de Urgência, a definição clara dos conceitos de situações Urgentes e Emergentes: Urgências são todas as manifestações de sintomatologia clínica que apresentam instalação súbita, desde as graves até às não graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. Por sua vez as Emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que realmente existe, eminente ou estabelecido, o compromisso de uma ou mais funções vitais. Todas as situações clínicas enquadráveis nestas definições necessitam de referência hospitalar para Unidades com a diferenciação suficiente para um atendimento correto sob o ponto de vista técnico e científico (DGS, 2001).

As situações de urgência e emergência foram várias, tanto do foro médico como do foro cirúrgico. Foi possível colocar em prática os conhecimentos adquiridos na teoria, podendo em situações mais específicas, como nas situações de enfarte agudo do miocárdio, trauma e Acidente Vascular Cerebral (AVC), aprofundar conhecimentos, como, por exemplo, os protocolos de atuação na Via Verde Coronária (VVC), Via Verde AVC (VVAVC) e abordagem “ABCDE” ao doente crítico.

As doenças cardiovasculares, como o enfarte e os acidentes vasculares cerebrais, constituem a principal causa de morte no nosso país. A criação das Vias Verdes constituem uma estratégia organizada e implementada por todo o país, que tem por objetivo a rápida acessibilidade, abordagem tratamento adequado do doente nas situações graves em que o

fator tempo entre o início da sintomatologia, diagnóstico e tratamento é fundamental para reduzir a morbi-mortalidade (DGS, 2015).

A ativação da VVAVC é realizada sempre que o doente apresente os seguintes sinais de alerta: dificuldade em falar, boca ao lado ou falta de força num membro, com tempo de instalação inferior ou igual a 4,5 horas e com autonomia prévia (DGS, 2017b).

Na sala de emergência, contatei com doentes encaminhados do pré-hospitalar e da triagem para a emergência por ativação do protocolo da VVAVC. A abordagem a estes doentes consistia na avaliação primária ABCDE e validação da VVAVC por parte da medicina interna. As intervenções de Enfermagem englobaram: a monitorização contínua do doente (PA, FC, FR, ECG, SpO2), monitorização da temperatura, glicemia, estado de consciência (escala de coma de Glasgow e quantificação do defeito neurológico – NIHSS) e capacidade de deglutição (DGS, 2017b); estabelecimento de 2 acessos venosos periféricos e a colheita de sangue para análise (hemograma, bioquímica e coagulação), preparação e acompanhamento do doente para realização rápida de TAC crânio-encefálico, bem como a prestação de apoio emocional necessário ao doente. Nos casos de AVC isquémico e quando indicada a trombólise intravenosa, preparação e administração do Alteplase, com início ainda no serviço de imagiologia (o qual é administrado em função do peso do doente [PESO x 0,9.mg], num máximo de 90mg, sendo que 10% da dose é administrada no primeiro minuto e a restante em 60 minutos); vigilância e monitorização do doente submetido ao tratamento trombolítico, aquando o seu regresso à SE. Foi assim possível desenvolver uma prática clínica baseada em conhecimentos científicos respeitando e conhecendo o Protocolo de atuação da via verde AVC instituída no SU do CHTV, fundamentado Circular Normativa nº 015/2017 de 13/07/2017 da DGS.

O mesmo se verificou com a VVC, onde pude prestar cuidados de enfermagem ao doente com Enfarte Agudo do Miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST (EAMCSST) e atuar de acordo com o protocolo de atuação. A maioria dos doentes vieram encaminhados pelo INEM ou por transferência inter-hospitalar. O diagnóstico precoce do EAMCSST é realizado no pré-hospitalar com a realização do ECG de 12 derivações nos primeiros 10 minutos e encaminhamento adequado do doente de forma a reduzir até 60 minutos o tempo entre a admissão hospitalar e o início da terapêutica de reperfusão (DGS, 2015).

A seleção da estratégia de reperfusão depende: do tempo decorrido desde o início dos sintomas, do risco do EAMCSST, do risco de hemorragia e do tempo necessário para o transporte do doente até um laboratório de hemodinâmica. A terapia de reperfusão no EAMCSST está indicada em doentes cujos sintomas se iniciaram há <12 horas e que

apresentam elevação persistente do segmento ST. Esta pode ser alcançada através da intervenção coronária percutânea (ICP) primária ou através de terapêutica fibrinolítica, sendo a ICP o tratamento preferencial do EAMCSST (DGS, 2015).

A abordagem inicial do doente, aquando a sua entrada na SE, inclui a repetição do ECG de 12 derivações. Por sua vez, as intervenções de enfermagem englobaram: monitorização contínua do doente (PA, FC, ECG, FR, SpO₂); monitorização da temperatura; colocação de um acesso venoso periférico no membro superior esquerdo e colheita de sangue (hemograma, bioquímica e coagulação) para análise e colocação de 500ml de soro fisiológico 0.9% em curso; administração oral de 300mg de ácido acetilsalicílico e 180mg de ticagrelor (por vezes já administrado em contexto pré-hospitalar); preparação do doente para a realização do cateterismo cardíaco, nomeadamente tricotomia radial direita e inguinal bilateral e acompanhamento do doente até à sala de hemodinâmica. Numa das situações tive a oportunidade, após minha solicitação, de assistir à realização do procedimento.

Além das situações acima mencionadas, na SE, tive a possibilidade de colaborar na prestação de cuidados a doentes com choque séptico, taquidisritmias, politraumatizados e uma situação de um doente em hipotermia.

Ainda na sala de emergência/reanimação pude observar e realizar a avaliação inicial do doente crítico, obedecendo à sequência “ABCDE” (do inglês *Airway, Breathing, Circulation, Neurological Disability, Exposure*), conforme o quadro 1, permitindo deste modo estabelecer prioridades de atuação.

A abordagem ABCDE consiste na avaliação do doente, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2020).

Quadro 1: Abordagem “ABCDE”

Abordagem do doente	
A	Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical Inspeccionar cavidade oral e remover corpos estranhos, sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas. Aspirar secreções/fluidos. Se ventilação ruidosa: colocar adjuvante da via aérea Se Escala de Coma de Glasgow (GCS) ≤ 8: colaborar na abordagem avançada da Via Aérea.

B	Assegurar Ventilação e Oxigenação Monitorizar Saturações periféricas de oxigénio (SpO ₂) e Capnografia Administrar oxigénio adicional (procurar manter SpO ₂ ≥ 95%). Avaliar ritmo ventilatório, expansão torácica bilateral, esforço, deformidades/crepitações da parede torácica.
C	Assegurar circulação com controlo de hemorragia Identificar e controlar hemorragias externas. Monitorizar: ritmo eletrocardiograma (ECG), frequência cardíaca (FC), Tensão arterial (TA). Avaliar pulsos radiais e femorais, tempo de preenchimento capilar (TPC), coloração da pele. Colocar 2 acessos venosos e colher de sangue para análise (incluindo tipagem). Administrar fluidoterapia (se hemorragia não controlada manter pressão arterial média (PAM) [40,60] mmHg ou TA Sistólica [80,90] mmHg). Iniciar estabilização de fraturas e antecipar necessidade de intervenção cirúrgica.
D	Avaliar estado neurológico Avaliar tamanho, simetria e reatividade pupilar. Avaliar estado de consciência (GCS). Avaliar sinais focais bilateralmente (força muscular e déficits sensório-motores), nível de lesão - traumatismo vertebro medular (TVM). Avaliar glicemia capilar.
E	Exposição com controlo da temperatura Expor a vítima, removendo a sua roupa e identificar outras lesões. Prevenir hipotermia. Garantir a privacidade e dignidade da vítima.

Fonte: Adaptado do Instituto Nacional de Emergência Médica (2012), Manual de Abordagem à vítima e (2020) Manual de Suporte Avançado de Vida.

Ainda na SE tive a possibilidade em colaborar na realização de procedimentos invasivos como a entubação orotraqueal e conexão do doente ao ventilador, colocação de linha arterial e CVC. Tive também a possibilidade de colaborar com a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) sendo uma das situações, um doente em paragem cardiorespiratória (PCR). Contudo, não tive a oportunidade de aplicar o algoritmo do suporte avançado de vida (SAV), pois a decisão do *team leader* da EEMI (médico) face à situação clínica do doente prévia à PCR, foi suspender a manobras de suporte básico de vida que se encontravam a ser realizadas.

Ao longo do estágio procurei realizar uma avaliação inicial do doente, estabelecer diagnósticos, planear e avaliar os cuidados prestados ao doente, que, no doente crítico, é

respaldada pela metodologia “ABCDE”, a qual é facilitadora da implementação do processo de Enfermagem. Esta abordagem é vital para assegurar a eficácia e qualidade dos cuidados junto do doente, num curto espaço de tempo. No âmbito da urgência/emergência, o Enfermeiro tem de recorrer a uma abordagem de resolução de problemas, e tomar decisões de vida ou morte, que em muitos casos tem de ser iniciada e terminada em questão de minutos.

Ao longo do estágio, além da SE tive a oportunidade de conhecer e de realizar atividades em quase todas as áreas de cuidados do SU. Isto permitiu-me conhecer a dinâmica e a complexidade do trabalho realizado num SU, constatando que o Enfermeiro do SU requer um conjunto de competências e conhecimentos essenciais à prestação de cuidados do doente urgente e crítico.

A imprevisibilidade do SU quer pela afluência de doentes, como pela diversidade de patologias clínicas e níveis de gravidade e severidade de doença, implica uma gestão de cuidados mais exigente e complexa, sendo necessário um planeamento da gestão das prioridades e do tempo, de forma a garantir uma prestação de cuidados segura. Tal facto implica que o enfermeiro em SU detenha um conhecimento abrangente e multifacetado, dada multiplicidade de patologias e situações que surgem e também competências variadas para a execução de procedimentos técnicos complexos (Pinto et al, 2021).

O serviço de urgência constitui na maioria das vezes a porta de entrada do doente para o Serviço Nacional de Saúde, sendo na triagem que se estabelece o primeiro contato com o doente, iniciando-se assim o atendimento/acolhimento do mesmo.

Devido à excessiva afluência de doentes aos SU e o impacto negativo que tal situação acarreta na qualidade do atendimento do doente urgente, houve a necessidade de implementação de um sistema com vista à criação de normas de triagem, baseadas na determinação do risco clínico (Grupo Português de Triagem [GPT], 2023).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) surgiu em Portugal no ano 2000, encontrando-se atualmente implementado em todos os SU. Este consiste num método de triagem, que fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, sendo, deste modo um instrumento de apoio à decisão clínica que garante a equidade e a uniformização dos cuidados prestados (GPT, 2010).

A avaliação clínica baseia-se no sinal ou sintoma identificado pelo doente ou profissional de saúde que motivou a procura do SU. O STM é constituído por 50 fluxogramas, que representam as queixas de situações apresentadas nos serviços de urgência. Este sistema dispõe também de 2 fluxogramas desenvolvidos para dar resposta a

uma situação de catástrofe. O profissional de saúde procede à seleção do fluxograma mais adequado mediante a queixa apresentada e posteriormente percorre os discriminadores do fluxograma, seleccionando o primeiro que não consiga negar, determinando deste modo a prioridade clínica (GPT, 2023).

O STM permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, em situações de funcionamento normal do Serviço de Urgência. A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial:

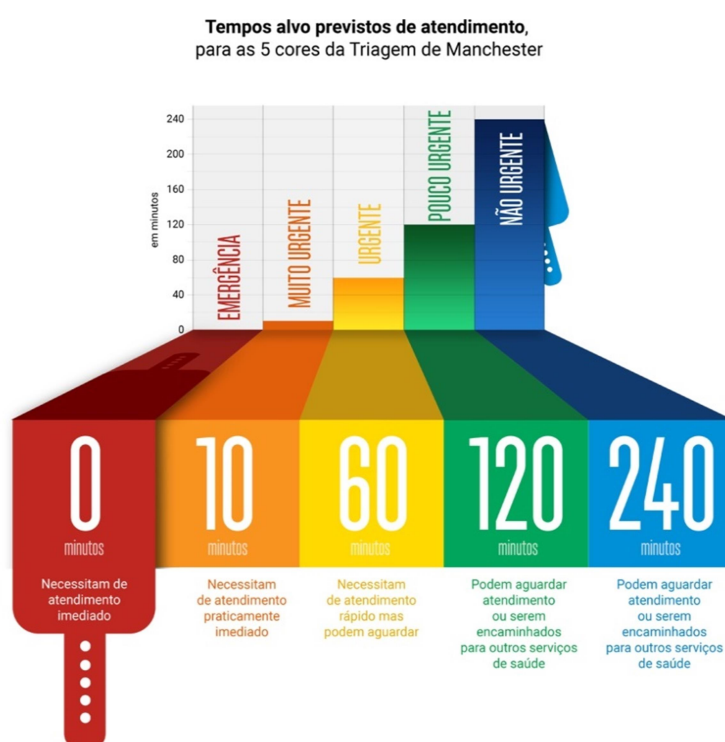


Figura 1: Tempos alvo previstos de atendimento para as 5 cores da Triagem de Manchester

É fundamental uma avaliação sistemática do doente e que todos os elementos dessa avaliação integrem uma visão completa da situação clínica do doente. Para essa avaliação é necessário o desenvolvimento de competências no processo de tomada de decisão, nomeadamente o raciocínio, reconhecimento de padrões, formulação de hipóteses, representação mental e intuição (GPT, 2010).

Ao passar pelo posto de triagem, pude verificar a complexidade que é o STM. Apesar de aparentar ser um processo simples, baseado na escolha de um fluxograma e respetivos discriminadores, fundamentados nos sintomas da pessoa, o processo de tomada de

decisão, a meu ver, não é tão linear assim. Observei que o saber colocar a pergunta certa, a experiência e a própria intuição do triador são essenciais para o estabelecimento da prioridade clínica correta e respetivo encaminhamento do doente.

A experiência profissional, as características pessoais e a formação contínua foram assinaladas como fatores que podem influenciar a TM. A experiência clínica, principalmente no SU/cuidados à pessoa em situação crítica, foi associada a competências como a intuição e o pensamento crítico na observação e avaliação correta da prioridade do utente, bem como, à maior capacidade de gestão das pressões a que são sujeitos na triagem (Costa et al, 2022).

Os recursos humanos e materiais, muitas vezes insuficientes para afluência de doentes existente, vai ao encontro da evidência científica. O número reduzido de enfermeiros por turno dificulta o aumento dos postos de triagem em horas de maior afluência, o que pode comprometer a tomada de decisão pelo enfermeiro triador; a falta de auxiliares, a escassez de macas e cadeiras de rodas para acomodar os doentes, provoca a demora na transferência destes para o setor adequado e consequentemente no aumentando os tempos de espera (Costa et al, 2022).

O enfermeiro no SU é essencial na identificação dos sinais e sintomas de deterioração clínica da pessoa em situação crítica, pelo que requer um elevado nível de competência, perícia e especialização. É o profissional que está em melhores condições de fazer uma detecção precoce de sinais e sintomas indicativos de complicação, sendo a observação da pessoa fundamental na prática clínica (Pinto et al, 2021).

2.1.2. Cuida da pessoa/ família em situação crítica, em contexto de Cuidados Intensivos

O Serviço de Medicina Intensiva constituiu um local de estágio profícuo ao desenvolvimento de inúmeras oportunidades de aprendizagem. O primeiro contato com o doente crítico ventilado foi de algum modo impactante pela panóplia de dispositivos médicos e tecnológicos em seu redor. Ultrapassada essa primeira fase e recorrendo aos conhecimentos teóricos transmitidos durante as aulas, à pesquisa bibliográfica realizada, à consulta e consolidação dos protocolos do serviço existentes e ao esclarecimento de dúvidas junto dos enfermeiros tutores, fui adquirindo uma autonomia gradual na prestação de cuidados ao doente crítico ventilado. Através da adopção de uma postura proativa fui desenvolvendo competências científicas e técnicas específicas na área médico-cirúrgica, que englobaram a execução de cuidados técnicos complexos, a colaboração na

realização de procedimentos técnicos invasivos, a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, a assistência à pessoa e família em situação crítica e o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa/família.

A monitorização hemodinâmica é uma das mais importantes e essenciais ferramentas no cuidado ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos, sendo possível detectar e analisar uma grande variedade de sinais fisiológicos através de diferentes técnicas, invasivas e não invasivas (Silva et al, 2019).

A monitorização hemodinâmica permite, a monitorização das funções vitais do doente crítico, o diagnóstico, a detecção precoce de complicações do estado hemodinâmico do doente, bem como a avaliação da eficácia do tratamento. Esta monitorização engloba a monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva.

A monitorização não invasiva engloba a avaliação: da função cardíaca através da monitorização eletrocardiográfica (ECG); da Frequência Cardíaca (FC); da Frequência Respiratória (FR); da Saturação de Oxigénio (SpO₂) através da oximetria de pulso; dos níveis de CO₂ expirados (ETCO₂) através da Capnografia e dos níveis de sedação e analgesia através da avaliação do eletroencefalograma (EEG) pelo Índice Bispectral (BIS) e de curarização através da monitorização neuromuscular (TOF – *Train of Four*).

A monitorização hemodinâmica invasiva refere-se à monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, utilizado para medir pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e também para determinar a eficácia da terapia (Fontaine & Morton, 2019).

O enfermeiro deverá compreender alguns conceitos da hemodinâmica do doente, assim como os valores de referência de forma a interpretar os valores obtidos pela monitorização. As estratégias de tratamento são definidas, mediante os valores encontrados nas diversas formas e métodos de avaliação (Pinho, 2020).

Esta monitorização comporta riscos de complicações associados como a embolia gasosa, a hemorragia, a má colocação dos cateteres, a lesão dos tecidos ou comprometimento hemodinâmico decorrente da sua introdução ou do posicionamento incorreto. Torna-se deste modo essencial que o enfermeiro vigie com regularidade a existência de sinais inflamatórios e de infiltração dos locais de inserção dos cateteres, como utilize técnica asséptica na manutenção e substituição dos sistemas (Silva et al, 2019).

A monitorização invasiva engloba a avaliação da Pressão Arterial Invasiva (PAI), da Pressão Venosa Central (PVC) e do Débito Cardíaco Contínuo através do Sistema PICCO (*Pulse Contour Cardiac Output*). Já a avaliação da Pressão Intracraniana (PIC) consiste num sistema de monitorização da função neurológica do doente neurocrítico. A avaliação da Pressão Intra-abdominal (PIA), permite a avaliação da pressão oculta dentro da cavidade

abdominal e a detecção precoce da hipertensão intra-abdominal e consequentemente do síndrome compartimental abdominal.

A monitorização invasiva que constitui a base de todos os doentes internados no SMI consiste na Pressão Arterial Invasiva (PAI), a qual permite a monitorização contínua da pressão arterial, incluindo a pressão arterial média (PAM), que por sua vez constitui um indicador da perfusão dos órgãos vitais. A existência do cateter arterial permite simultaneamente, o rápido acesso à realização de colheitas de amostras de sangue para análise laboratorial e para gasometria arterial.

As gasometrias arteriais são realizadas com bastante regularidade no serviço, na medida em que dão indicadores de extrema importância sobre o estado respiratório e metabólico do doente, através da avaliação do pH no sangue, do HCO_3 , das pressões parciais de O_2 (PaO_2) e CO_2 (PaCO_2), da relação entre a $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, bem como de valores iónicos como o sódio (Na^+) e potássio (K^+), importantes para o correto funcionamento do organismo. No decorrer do estágio, tive a possibilidade de desenvolver a leitura e interpretação dos valores de gasometria arterial, analisando através desta se o tratamento ventilatório estaria a ser o mais adequado, a necessidade de ajuste de parâmetros ventilatórios, de reposição de iões e de alteração de soros, mediante o protocolo de serviço.

A avaliação da Pressão Venosa Central (PVC) permite, a avaliação das condições cardiocirculatórias dos doentes em estado crítico. Apesar de ser uma medida de monitorização utilizada no SMI assim como o PICCO e a PIA, no decorrer deste estágio clínico, não tive a oportunidade de contactar com estas técnicas de monitorização invasiva. O mesmo se verificou com a avaliação da PIC, a qual apesar de ter tido a possibilidade de contactar com o sistema, este não se encontrava a funcionar corretamente devido a erro de calibragem durante a intervenção cirúrgica.

A monitorização da PAI do doente, juntamente com as restantes monitorizações como a monitorização ECG, FC, FR, SpO_2 e ETCO_2 , débito urinário, balanço hídrico e temperatura, fornecem importantes indicadores do estado hemodinâmico do doente.

No SMI, grande maioria dos doentes internados, encontra-se ventilada. A Ventilação Mecânica (VM) é definida como a substituição total ou parcial da ventilação espontânea, diminuindo ou substituindo o trabalho respiratório do doente. Está indicada na insuficiência respiratória aguda/ exacerbações agudas da insuficiência respiratória crônica, prevenção de complicações respiratórias, falência mecânica do aparelho respiratório, restabelecimento no pós-operatório, redução do trabalho da musculatura respiratória e diminuição das necessidades metabólicas. A VM pode ser utilizada sobre duas formas: a ventilação não invasiva (VNI), a qual consiste num interface externo não invasivo, como por exemplo, uma

máscara facial e a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), na qual é realizada com recurso ao tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia (Sabeh et al, 2023; Miguel & Mendes, 2020).

Apesar de já ter algum contato com a VNI no decorrer da minha experiência profissional, a VMI e os cuidados inerentes ao doente ventilado constituíram uma nova experiência. Durante o estágio pude desenvolver e aprofundar os conhecimentos relativos à VMI e os cuidados ao doente ventilado que lhe estão associados. Contatei com diferentes modalidades ventilatórias (modo controlado/ modo espontâneo) e parâmetros ventilatórios que lhes estão associados.

Nesta área, o acompanhamento e o esclarecimento das dúvidas por parte dos tutores foram fundamentais. Apesar dos conhecimentos adquiridos durante o curso e da pesquisa bibliográfica sobre os conceitos relativos à VM nomeadamente modos e parâmetros ventilatórios, estes foram de difícil apreensão e interligação. Contudo, no decorrer do estágio, com a orientação e explicação dos enfermeiros tutores, estes conceitos foram sendo integrados, acabando por se tornarem familiares. Os parâmetros ventilatórios como modo ventilatório, PEEP, FR, FiO₂, Pressão Pico, Pressão Suporte, Volume Controlado, Pressão Controlada, Volume Minuto Expirado, são essenciais na monitorização e avaliação da eficácia do tratamento da VM.

A VMI pode acarretar riscos, sendo os principais:

- Cardiovasculares e hemodinâmicos pela diminuição do retorno venoso;
- Mecânicos, devido à presença do TOT/cânula de traqueostomia e a possibilidade de obstrução pela presença de secreções; lesão da mucosa devido à pressão do cuff; mau posicionamento; desconexão ou extubação inadvertidas; lesões por pressão em consequência da fixação das próteses;
- Ventilatórios, pela pressão positiva gerada na inspiração; risco de barotrauma/lesão pulmonar; hiper/hipoventilação; toxicidade de O₂ provocadas pelas altas concentrações de oxigénio;
- Infecciosos, principalmente a pneumonia associada à intubação traqueal (PAV).

De modo a prevenir e minimizar as complicações associadas à VMI, o enfermeiro desenvolve um conjunto de procedimentos os quais passam por: monitorização cardiovascular e dos sinais vitais, monitorização das trocas gasosas e padrão respiratório, monitorização da mecânica ventilatória, observação dos sinais neurológicos, aspiração de secreções brônquicas, monitorização da pressão do cuff, higiene oral, elevação da cabeceira entre 30° e 45°, substituição da fixação do TOT e despiste de lesões por pressão, registo periódico do posicionamento do TOT ao nível da comissura labial, limpeza do

estoma e pele periestomal (doentes traqueostomizados), higienização da cânula interna, substituição da fixação da traqueostomia e despiste de lesões por pressão, humidificação da via aérea e verificação dos circuitos e filtros, alternância de decúbitos, monitorização do peso corporal e avaliação da tolerância do doente ao suporte nutricional, monitorização do balanço hidroeletrólítico, avaliação do nível de sedação e de bloqueio neuromuscular, apoio emocional ao doente e família e preparação para o desmame ventilatório.

De modo a proporcionar conforto ao doente durante a VM, grande maioria dos doentes encontra-se sedado. A sedação faz parte integral do tratamento ao doente crítico, permitindo reduzir a ansiedade, tratar a doença subjacente, permitir uma melhor tolerância à ventilação mecânica invasiva, um repouso adequado e reduzir as sensações desagradáveis dos tratamentos ou procedimentos. Atualmente preconiza-se um nível de sedação ligeiro, sempre que possível, o doente crítico deve estar acordado, sem dor, ansiedade ou delírio, permitindo-lhe participar ativamente no seu tratamento e processo de recuperação (Monte, 2020).

Para avaliação da qualidade e profundidade da sedação do doente crítico, foi utilizada a Escala RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*). Esta escala é utilizada no SMI para avaliar o grau de sedação e agitação do doente crítico ou que esteja sob agitação psicomotora. Consiste num método de avaliação da agitação ou sedação dos doentes, sendo que a pontuação vai de -5 a 4. A avaliação desta escala era realizada uma vez por turno.

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

Figura 2: Escala RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)

Outro método de avaliação do nível de sedação e consciência do doente consiste na monitorização do Índice Bispectral (BIS). Este consiste num sistema de monitorização neurofisiológica, que analisa eletroencefalogramas para determinar o nível de consciência em doentes sedados ou curarizados, sendo 0 a total ausência de atividade cerebral e 100 que o doente está acordado. Um BIS entre 40-60 é considerado ótimo nível de anestesia e sedação. A monitorização do BIS é utilizada como complemento das escalas subjetivas de avaliação de sedação.

A Escala de Coma de Glasgow é também frequentemente utilizada, para avaliação do nível de consciência do doente crítico. Esta permite a avaliação do estado de consciência da pessoa, através da observação do seu comportamento. Os parâmetros avaliados englobam a abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. O somatório da pontuação varia entre 3 a 15.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW					
Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
Esontânea	4	Orientado	5	Obedece	6
Ao chamado	3	Confuso	4	Localiza	5
À dor	2	Palavras	3	Flete	4
Ausente	1	Sons	2	Flexão Anormal	3
		Ausente	1	Extensão	2
				Ausente	1
Soma dos critérios avalia o nível consciência = 3 a 15					
A escala de coma de Glasgow permite de modo simples e padronizado quantificar o nível da consciência. Usando 3 critérios do exame neurológico que são: abertura ocular, a resposta verbal e a resposta motora					

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_coma_de_Glasgow

Figura 3: Escala de coma de Glasgow

A par da sedação, a analgesia constitui também um dos alicerces no cuidado ao doente crítico ventilado. A maioria dos doentes críticos tem dor, não só pela doença ou lesão subjacente, como pelos procedimentos invasivos, cirúrgicos ou estímulos dolorosos causados por intervenções na unidade de cuidados intensivos (nomeadamente, ventilação mecânica invasiva, aspiração orotraqueal, colocação de cateteres ou posicionamentos). Uma estratégia segura e eficaz, que garanta o conforto do doente, sem queixas ou sintomas de dor, ansiedade e delírio, ao mesmo tempo que mantém um nível de sedação ligeiro, está associada a melhor prognóstico clínico (Monte, 2020).

Torna-se deste modo fundamental a avaliação e monitorização da dor no doente crítico, de forma a serem ajustadas medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor.

Nos serviços de medicina intensiva, a maioria dos doentes encontra-se sedados, ventilados e por isso sem capacidade de comunicação, sendo deste modo essencial a avaliação e monitorização da dor. Compete ao enfermeiro, a avaliação da dor através de escalas observacionais e comportamentais indicadas.

A Dor constitui um sinal vital, pelo que a sua avaliação e registo da intensidade deve ser feita de forma contínua e regular, pelos profissionais de saúde, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente (DGS, 2003).

A Dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor, como sendo *“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial”* (Raja et al, 2020, p.1978). A dor é uma experiência individual, subjetiva e multifatorial, sendo influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. A dor pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico da pessoa afetada (Raja et al, 2020).

A avaliação e registo da intensidade da dor tem, de ser feita pelos profissionais de saúde, de forma contínua e regular, de modo a otimizar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida do doente. Em doentes conscientes, para avaliação da dor, o nível da dor é o referido pelo próprio doente (DGS, 2003).

A correta avaliação da dor contribui para uma gestão efetiva dos cuidados, melhor adequação das medidas terapêuticas, incluindo uma melhor adequação a agentes analgésicos e sedativos, menor duração de VMI e duração do internamento em cuidados intensivos (Pinheiro & Marques, 2019).

No SMI a avaliação da dor é realizada pela Escala de Campbel Modificada (ESCID). Com a ESCID são avaliadas cinco dimensões: a **musculatura facial**, se o doente tem uma expressão relaxada ou se apresenta a testa franzida e/ou fâcias de dor/dentes cerrados; a **tranquilidade** do doente, se apresenta-se tranquilo e relaxado, ou então com movimentos ocasionais ou frequentes de inquietude; o **tónus muscular**, se apresenta-se normal, relaxado ou aumentado/rígido; a **adaptação à ventilação mecânica**, se o doente encontra-se a tolerar a ventilação ou tem alguns episódios de autolimitados de tosse mas a tolerar a ventilação ou então luta contra o ventilador e o **conforto**, se está confortável e tranquilo ou se tranquiliza-se ao toque ou voz ou ainda se está agitado e pouco confortável. A pontuação da escala vai de 0 a 10 à semelhança das escalas utilizadas em doentes conscientes.

ESCALA ESCID			
	0	1	2
MUSCULATURA FACIAL	RELAJADA	EN TENSIÓN, CEÑO FRUNCIDO/GESTO DE DOLOR	CEÑO FRUNCIDO DE FORMA HABITUAL, DIENTES APRETADOS
TRANQUILIDAD	TRANQUILO, RELAJADO, MOV. NORMALES	MOV. OCASIONALES, INQUIETUD Y/O POSICIÓN	MOV. FRECUENTES INCLUYENDO CABEZA O EXTREMIDADES
TONO MUSCULAR	NORMAL	AUMENTADO FLEXIÓN DE DEDOS DE MANOS Y/O PIÉS	RÍGIDO
ADAPTACIÓN A V.M.	TOLERANDO V.M.	TOSE, PERO TOLERA V.M.	LUCHA CON EL RESPIRADOR
CONFORTABILIDAD	CONFORTABLE, TRANQUILO	SE TRANQUILIZA AL TACTO Y/O A LA VOZ. FÁCIL DE DISTRAER	DIFÍCIL DE CONTROLAR AL TACTO O HABLÁNDOLE
RANGO DE PUNTUACIÓN TOTAL			
. 0 – NO DOLOR . 4-6 – DOLOR MODERADO/GRAVE			
. 1-3 – DOLOR LEVE/MODERADO . >6 – DOLOR MUY INTENSO			

Fonte: <https://docplayer.es/97843009-Aplicacion-de-la-escala-de-conductas-indicadoras-de-dolor-escid-en-pacientes-con-traumatismo-craneal.html>

Figura 4: Escala ESCID (Escala de Comportamientos indicadores de Dor)

No decorrer do estágio clínico, fui avaliando e monitorizando a dor dos doentes através da Escala ESCID quando se tratavam de doentes sedados ou através da Escala Numérica, quando o doente era capaz de referir o seu nível de dor. Como medidas não farmacológicas no controlo da dor, algumas medidas adoptadas foram os posicionamentos, a massagem e a promoção de um ambiente calmo e aquecido.

Uma condição clínica comum e grave do doente em estado crítico é a perda súbita da função renal, sendo necessário a sua substituição através de técnicas dialíticas. A técnica de substituição renal que contatei foi a hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC). A técnica de substituição renal contínua consiste na substituição da função renal através de um sistema de circulação extracorpórea, tendo como objetivo a filtragem de solutos e fluidos do meio intravascular de forma lenta e contínua em doentes hemodinamicamente instáveis, promovendo o equilíbrio acidobásico, eletrolítico e do volume (Silva et al, 2021).

A HDFVVC é a modalidade mais utilizada em cuidados intensivos e conjuga o processo de purificação do sangue por difusão e convecção através de uma membrana com

alta permeabilidade. O sangue e o fluido de diálise circulam como na hemodiálise, mas devido à elevada remoção de fluidos, resíduos e toxinas, é necessário a utilização do fluido de substituição para alcançar um balanço hídrico adequado, bem como para a reposição de iões (Andrade et al, 2019). O contato do sangue com o circuito extracorporal, bem como a remoção de fluidos ativam e potenciam a cascata de coagulação, sendo necessário a utilização de anticoagulantes sanguíneos para manter a eficiência a terapia de substituição renal (Davies et al, 2019).

No estágio a técnica de HDFVVC, foi realizada com recurso à anticoagulação regional com citrato. A anticoagulação regional pode ser realizada com heparina ou com citrato, a escolha vai depender da situação clínica do doente, sendo definida pelo médico, bem como os parâmetros da hemofiltração. Durante esta técnica de substituição renal, é fundamental a vigilância de hemorragias, balanço hídrico, estabilidade hemodinâmica, controle ácido base e balanço eletrolítico são alguns dos aspetos a monitorizar. A utilização da anticoagulação com citrato implica a realização de gasometrias para regulação da reposição dos níveis cálcio. A anticoagulação regional com citrato vai inibir algumas etapas da cascata de coagulação, na medida em que o citrato age como quelante do cálcio sanguíneo. De forma a evitar a hipocalcémia, devido ao cálcio eliminado neste processo, sendo sempre necessário a sua reposição endovenosa com gluconato de cálcio.

O estado nutricional do doente crítico interfere diretamente na evolução clínica de doentes graves. O suporte nutricional visa atender à necessidade de nutrientes especializados, poupar órgãos vitais, reduzir proteólise, diminuir stresse fisiológico, evitar má cicatrização, manter resposta imune adequada, reduzir tempos de internamento, custos hospitalares e mortalidade (Lobato & Garla, 2020).

No SMI o aporte de nutrientes pode ser realizado por via endovenosa (nutrição parentérica) ou por meio de uma sonda gástrica ou intestinal (nutrição entérica), quando a via oral não está disponível, sendo esta última, a mais frequente no serviço.

A nutrição entérica (NE) é administrada de forma gradual, mediante a tolerância do doente e de acordo com o protocolo de serviço. Compete ao enfermeiro vigiar a estase gástrica de 4/4h, registando as suas características e quantidade de resíduo gástrico. No serviço está protocolado que se considera estase gástrica conteúdo superior a 250ml. Relativamente à nutrição parentérica (NP), esta fornece a totalidade do aporte calórico necessário, contudo requer técnica asséptica na sua preparação e manipulação, além implicar mais custos e riscos associados (sobrealimentação, hiperglicémia e infeção e/ou sépsis associada à cateterização).

A NE quando comparada à NP, é mais prática, segura, económica, fisiológica e ainda por estar associada a uma redução do tempo de internamento, da morbilidade infecciosa e de complicações em geral. Além de que, permite ainda a manutenção da integridade estrutural e funcional do intestino, maior órgão imunológico do corpo humano (Viana et al, 2017).

O cuidar à pessoa em situação crítica é altamente diferenciado, sendo necessário o para além do desenvolvimento de um conjunto de competência técnicas e científicas, o desenvolvimento de competências relacionais.

O Cuidar da pessoa/ família, não se resume à componente física, às intervenções tecnicistas, em dar ao doente a melhor resposta técnica possível, mas também apoiar psicologicamente, tornando-se patente a importância da competência relacional, da empatia do enfermeiro especialista no estabelecimento da relação terapêutica com o doente e sua família.

Devido ao nível de gravidade dos doentes assistidos, os serviços de urgência, particularmente as salas de emergência e os serviços de medicina intensiva podem ser considerados serviços hostis para o doente, pelo excesso de luz e ruído, concentração de tecnologia, realização de procedimentos invasivos constantes e pela restrição de visitas (Castro et al, 2019). Torna-se assim fundamental o estabelecimento de uma relação empática e respeitosa com o doente e sua família, sendo a comunicação, a informação honesta e o toque terapêutico, essenciais para um cuidado humanizado.

A família é essencial no apoio psíquico e emocional do doente crítico, tornando-se fulcral o seu envolvimento no cuidado ao doente. Ao longo do estágio pude observar que a transmissão de informação real, a empatia e o estar disponível para a família, são fundamentais na relação enfermeiro/família, contribuindo para o conforto psicológico e redução da ansiedade da mesma, que por sua vez se repercutirá no doente crítico.

Compete ao Enfermeiro Especialista a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa, envolvendo para tal a família/pessoa significativas no sentido de assegurar as necessidades culturais e espirituais (OE, 2019).

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

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe. Uma situação de emergência resulta de um fator, que cause a perda de saúde da pessoa, de forma brusca e violenta, ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a mesma em risco de vida. Na situação de exceção, ocorre quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (OE, 2018).

Catástrofe é definida por *“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”* (Portugal, 2015).

Estes eventos naturais ou artificiais, devido à sua magnitude e complexidade de perdas de associadas, afetam a capacidade da comunidade/sociedade em dar resposta às necessidades sentidas, especialmente por cuidados de saúde.

A nível nacional é o Plano Nacional de Emergência e Proteção Civil que define em caso de acidente grave ou catástrofe, os principais procedimentos e orientações relativamente à coordenação e atuação dos vários agentes de proteção civil, serviços, organismos e entidades de apoio, tendo como objetivos (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil [ANEPC], 2022):

- Providenciar, as condições e os meios indispensáveis à minimização dos efeitos adversos de um acidente grave ou catástrofe;
- Definir as orientações relativamente ao modo de atuação dos vários organismos, serviços e estruturas a empenhar em operações de proteção civil;
- Definir a unidade de direção, coordenação, comando e controlo das ações a desenvolver;
- Coordenar e sistematizar as ações de apoio e de reforço, promovendo maior eficácia e rapidez de atuação das entidades intervenientes;
- Inventariar os meios e recursos disponíveis para acorrer a um acidente grave ou catástrofe, criando condições para o seu rápido e eficiente empenhamento;
- Minimizar a perda de vidas e bens, atenuar ou limitar os efeitos de acidentes graves ou catástrofes;

- Habilitar as entidades envolvidas no Plano a manterem o grau de preparação e de prontidão necessário à gestão de acidentes graves ou catástrofes;
- Promover o aviso e informação permanente da população, de modo a que esta possa seguir as instruções das autoridades e adotar as medidas de autoproteção mais convenientes.

Este plano justifica-se, por em Portugal Continental haver registo de diversos acidentes graves e de catástrofes que, com maior ou menor impacto, causaram danos e consequências severas, destacando-se recentemente incêndios em espaços rurais de 2017 e 2018 e a pandemia COVID-19.

Perante estas situações de exceção, catástrofe ou emergências multivítimas, torna-se impreterível a articulação e prontidão das instituições de saúde. Durante os estágios, apesar de não ter participado na gestão dos cuidados em situações de emergência/catástrofe, foi minha preocupação estar a par do plano de emergência e catástrofe de cada um dos serviços.

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

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) constituem um problema de importância crescente à escala mundial (DGS, 2017c).

Estas resultam de efeitos adversos dos cuidados e contribuem para aumento da mortalidade/morbilidade, traduzindo em custos económicos, financeiros com o aumento dos dias de internamento, aumento da permanência dos doentes em unidades de cuidados intensivos, aumento dos gastos com antimicrobianos; individuais e sociais com o aumento de complicações e das necessidades/grau dependência do doente após a alta, aumento da taxa de mortalidade e maior probabilidade de re-internamento (Gonçalves & Carmo, 2022).

A promoção de boas práticas de prevenção e controlo da infeção permitem reduzir a transmissão e a incidência da infeção, reduzindo o consumo de antibióticos e consequentemente a geração de resistências. As principais infeções associadas aos cuidados de saúde são a pneumonia associada à intubação, a infeção da corrente sanguínea relacionada com o cateter venoso central, a infeção urinária associada ao cateter vesical e a infeção do local cirúrgico (DGS, 2017c).

O doente crítico, pela sua situação clínica encontra-se mais expostos ao desenvolvimento de IACS. Este, por se encontrar em perigo eminente de vida por falência ou risco de falência/disfunção dos seus órgãos vitais, é submetido a um conjunto de intervenções/procedimentos invasivos de forma a garantir a sua sobrevivência, tornando-o mais susceptível ao desenvolvimento de infeções associadas aos cuidados de saúde. Por esse mesmo motivo, ao longo dos estágios pude observar uma preocupação constante na adopção de medidas de prevenção e controlo de infeção, não só pelo recurso à técnica asséptica cirúrgica aquando a colocação de dispositivos invasivos, nomeadamente, colocação de CVC, linha arterial, cateterização vesical, entubação orotraqueal, confecção de traqueostomia, entre outros, como do uso da técnica asséptica na manipulação e manutenção desses mesmos dispositivos.

Além das medidas anteriormente referidas, ao longo dos estágios, coloquei em prática e pude observar a adopção de medidas de precaução básicas de controlo da infeção normalizadas pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2012) nomeadamente:

- A **colocação de doentes** que representem um risco acrescido de transmissão cruzada (Categoria IB), em locais que minimize esse risco;
- A **higienização das mãos**, considerada uma das medidas mais importantes na redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes, durante a prestação de cuidados. Esta foi realizada nos 5 momentos preconizados pela DGS (DGS, 2019): Antes do contato com o doente (Categoria IB); antes de um procedimento limpo/asséptico (Categoria IB); após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso (Categoria IA); após o contato com o doente (Categoria IB); após o contato com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente (Categoria IB).
- A higienização das mãos, quando estas se encontravam visivelmente limpas, foi realizada por fricção com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) (Categoria IA);
- As unhas permaneceram curtas e limpas, sem verniz, sem extensões ou outros artefatos (Categoria IA);
- A utilização de **equipamentos de proteção individual (EPI)**, nomeadamente o uso de luvas adequadas ao procedimento a que se destinam (Categoria IB) e usadas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos (Categoria IB/IC); o uso de aventais durante procedimentos que envolviam contato direto com o doente (Categoria II) ou batas de manga comprida existia risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos (Categoria IB/IC);

- A **proteção ocular/** facial (óculos ou máscara com viseira), usada quando existia risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face, e, durante procedimentos geradores de aerossóis;
- O uso de **máscara cirúrgica**, agora de uso obrigatório;
- O uso de **técnica asséptica** na preparação e administração de injetáveis, para evitar a contaminação (Categoria IA).

No SMI além da aplicação destas medidas de precauções básicas, adoptei medidas mais específicas que envolvem o cuidado ao doente crítico ventilado. De entre estas destaco, os feixes de intervenção para a prevenção da pneumonia associada à intubação (PAV), por se tratar da infeção mais frequente adquirida em Serviços de Medicina Intensiva, sendo responsável pelo aumento da duração da ventilação mecânica invasiva, do consumo de antibióticos, da duração do internamento no SMI e no hospital e, consequentemente, pela maior morbimortalidade e custos associados (DGS, 2022a).

Na pessoa submetida a intubação endotraqueal, para prevenir a pneumonia associada à intubação são implementadas no SMI, um conjunto de intervenções respaldadas pela Norma 021/2015 da DGS que incluem (DGS, 2022a):

- O uso de sedação ligeira, titulada ao mínimo necessário para o tratamento;
- Realizar diariamente provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação, avaliando a possibilidade de extubação;
- Manter a cabeceira do leito elevada a um ângulo de 30 °, evitando a posição de supina;
- Realizar higiene oral pelo menos 3 vezes por dia, a todos os doentes, a qual é realizada no SMI com clorhexidina a 0,2%, mas a qual já não constitui uma recomendação da DGS, apenas no âmbito de estudos, ensaios ou protocolos de investigação;
- Manter a pressão no balão (cuff) do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cm H₂O;
- Trocar os circuitos ventilatórios apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes e utilização de filtros HME (Heat and Moisture Exchanger);

São também adoptadas medidas, na prevenção e controle de infeção da corrente sanguínea, associadas à existência do cateter venoso central (CVC), as quais se encontram fundamentadas na Norma 022/2015, relativas ao Feixe de intervenções para a Prevenção da Infeção Relacionada com o CVC” (DGS, 2022b):

- Avaliação diária da necessidade da permanência do CVC;
- Higienização das mãos antes da manipulação do CVC;

- Uso de técnica asséptica na manipulação e descontaminação dos pontos de acesso com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%;
- Uso de técnica asséptica aplicando clorexidina a 2% em álcool, na realização do penso e substituição do mesmo:
 - Quando visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 - Se penso com compressa até 48 horas após sua realização;
 - Se penso transparente a cada 7 dias;
- Substituição dos prolongamentos, torneiras, conectores e sistemas de infusão (Categoria IA) e sistemas de transdução de pressão (Categoria II) a cada 96 horas, exceto quando visivelmente sujos ou perante suspeita de infeção;
- Substituição de tampa por outra compatível e estéril a cada utilização;
- Substituição dos sistemas de infusão de hemoderivados ou emulsões lipídicas (Categoria IB) a cada 12h e 24h, respetivamente.

Outra medida usada no SMI é a descontaminação dos doentes aquando a sua admissão, como prevenção e controlo da colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), através da higiene corporal com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhetes, nos primeiros cinco dias de internamento, isto também suportado pela Norma 018/2014 da DGS.

Capítulo II – Componente de Investigação

Estudo 1

Qualidade do Sono do Doente Cirúrgico:

Domicílio Vs Internamento

Sleep quality of the surgical patient:

Home Vs Hospitalization

Calidad del sueño del paciente quirúrgico:

Hogar Vs Hospitalización

Resumo

Introdução: O sono constitui uma necessidade fisiológica essencial à homeostasia do organismo humano. A má qualidade do sono pode induzir consequências a nível cardiovascular, cognitivo, emocional, psicomotor, imunológico e metabólico, comprometendo a recuperação do doente cirúrgico.

Objetivo: Avaliar a qualidade de sono do doente cirúrgico internado comparando-a com a usufruída no domicílio e determinar se os fatores sociodemográficos a influenciam.

Métodos: Estudo descritivo-correlacional, de matriz transversal, realizado com 150 doentes internados para procedimento cirúrgico, num centro hospitalar português. Foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, bem como o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT), para avaliação da qualidade de sono no domicílio e durante o internamento.

Resultados: A maioria dos participantes relatam uma má qualidade de sono no domicílio (PSQI>5 de 60,7%) e, durante o internamento (PSQI>5 de 89.3%). Verifica-se um agravamento da Qualidade de sono – valor global e das suas componentes duração, latência, eficiência, qualidade subjetiva do sono durante a hospitalização, bem como um aumento do consumo de medicação facilitadora do sono. Fatores como idade, género e estado civil, não são determinantes do agravamento da qualidade de sono durante a hospitalização.

Conclusão: Existe deterioração da qualidade de sono do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar, sendo essencial a consciencialização dos profissionais de saúde para esta problemática, de forma a mitigar os fatores associados ao sono inadequado.

Palavras-Chave: Qualidade de sono; doente cirúrgico; hospitalização.

Abstract

Introduction: Sleep is an essential physiological need for the homeostasis of the human body. Poor sleep quality can lead to cardiovascular, cognitive, emotional, psychomotor, immunological and metabolic consequences, compromising the recovery of the surgical patient.

Objective: To assess the quality of sleep of hospitalized surgical patients by comparing it with that experienced at home, and to determine whether sociodemographic factors influence it.

Methods: Descriptive-correlational and cross-sectional study, carried out with 150 patients hospitalized for a surgical procedure in a Portuguese hospital. A sociodemographic and clinical characterization questionnaire was applied, as well as the Pittsburgh Sleep Quality Index – Portuguese version (PSQI-PT), to assess the quality of sleep at home and during hospitalization.

Results: Most participants report poor sleep quality at home (PSQI>5 of 60.7%) and during hospitalization (PSQI>5 of 89.3%). There is a worsening of the quality of sleep - global value and the value of its duration, latency and efficiency components, and also in the subjective quality of sleep during hospitalization and the increase in the consumption of sleep-promoting medication. Factors such as age, gender and marital status are not determinants of worsening sleep quality during hospitalization.

Conclusion: There is poor quality of sleep from the home environment to the hospital environments, and it is essential to create awareness of this problem among health professionals, in order to mitigate the factors associated with inadequate sleep.

Keywords: Sleep quality; surgical patient; hospitalization.

Resumen

Introducción: El sueño es una necesidad fisiológica esencial para la homeostasia del cuerpo humano. La mala calidad del sueño puede tener consecuencias cardiovasculares, cognitivas, emocionales, psicomotoras, inmunológicas y metabólicas, comprometiendo la recuperación del paciente quirúrgico

Objetivos: Evaluar la calidad del sueño de los pacientes quirúrgicos hospitalizados comparándola con la del hogar y determinar si influyen factores sociodemográficos.

Métodos: Estudio descriptivo-correlacional, transversal, realizado con 150 pacientes hospitalizados para un procedimiento quirúrgico, en un hospital portugués. Se aplicó un cuestionario de caracterización sociodemográfica y clínica, así como el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh – versión en portugués (PSQI-PT), para evaluar la calidad del sueño en el domicilio y durante la hospitalización.

Resultados: La mayoría de los participantes reportan mala calidad del sueño en el hogar (PSQI>5 de 60,7%) y drante la hospitalización (PSQI>5 de 89,3%). Hay un empeoramiento de la calidad del sueño - valor global y sus componentes duración, latencia, eficiencia, calidad subjetiva del sueño durante la hospitalización, así como un aumento en el consumo de medicamentos que facilitan el sueño. Factores como la edad, el sexo y el estado civil no son determinantes del empeoramiento de la calidad del sueño durante la hospitalización.

Conclusiones: Existe mala calidad del sueño desde el ambiente domiciliario hasta el ambiente hospitalario, siendo fundamental sensibilizar a los profesionales de la salud sobre este problema, para mitigar los factores asociados al sueño inadecuado.

Palabras Clave: Calidad de sueño; paciente quirúrgico; hospitalización.

Introdução

O sono constitui uma necessidade humana básica, pois o seu papel neurobiológico tem a função de ser reparador e promover a manutenção ao corpo do indivíduo, proporcionando saúde física e cognitiva. Cerca de um terço da vida humana é destinado ao sono, desempenhando funções vitais na homeostasia do organismo. O sono e os seus mecanismos permanecem ainda hoje não esclarecidos na totalidade, apesar de toda a investigação desenvolvida (Gomes, 2020; Silva et al, 2021).

O sono, é um estado fisiológico cíclico, caracterizado no ser humano por 4 estádios fundamentais: um para o sono de movimentos oculares rápido (Rapid Eye Movement - REM) e três para o sono sem movimentos oculares rápidos (Non Rapid Eye Movement - NREM). Cada estágio do sono inclui variações no tônus muscular, padrões de ondas cerebrais e movimentos oculares (Melo et al, 2019; Patel et al, 2022). O sono noturno no adulto é constituído aproximadamente entre 4 a 6 ciclos de 90 a 120 minutos entre o sono NREM e o sono REM, passando cada ciclo por todos estes estádios (Morse & Bender, 2019; Patel et al, 2022).

O padrão do sono do ser humano muda ao longo do seu ciclo vital. O tempo total de sono ao nascimento é de cerca de 16 a 18 horas, diminuindo progressivamente com o aumento da idade, estabilizando-se em cerca de 7 - 8,5 horas em torno dos 20 anos até aos 50 ou 60 anos. A partir dos 60 anos, observa-se o aumento da fragmentação do sono com despertares frequentes, o que leva à diminuição do tempo total de sono, tornando este menos reparador, isto porque ocorre uma diminuição com a idade da duração do sono de ondas lentas e do sono REM total (Kandel et al, 2000; Morse & Bender, 2019; Valido & Gomes, 2020).

As causas do sono inadequado dividem-se em 3 motivos: duração insuficiente, período inadequado e fraca qualidade. A duração insuficiente pode ocorrer por necessidade devido às exigências decorrentes do trabalho, vida social/ familiar ou devido a perturbações ambientais (luz, ruído, temperatura ambiente, roupas desconfortáveis). O período inadequado encontra-se relacionado com alterações que interferem nas horas normais de sono noturno, como o trabalho por turnos, jet lag. O sono pode ter duração e período adequados, mas ser de fraca qualidade, por ser perturbado e não ser reparador, em

consequência de, por exemplo, distúrbios médicos e psicológicos, medicação e outras substâncias (caféina e álcool) e perturbações do sono (Hillman, 2021).

A evidência científica aponta que os doentes hospitalizados apresentam muitas vezes um sono fragmentado e de má qualidade, podendo trazer prejuízos para o processo de recuperação/tratamento, aumentando períodos de internamento e taxas de morbidade e mortalidade (Morse & Bender, 2019; Hillman, 2021).

Um sono inadequado tem um impacto negativo na saúde, bem-estar e no processo de recuperação da doença/cirurgia do doente. A má qualidade de sono pode ter repercussões nas funções cardiovasculares, cognitivas, psicomotoras, psicológicas, metabólicas, imunológicas e inflamatórias, contribuindo para o atraso na recuperação do doente, prolongando o tempo de internamento e aumento das taxas de mortalidade e morbidade (Morse & Bender, 2019; Hillman, 2021).

Deste modo, esta investigação visa dar resposta às seguintes questões de investigação: ***Qual nível de qualidade de sono que reporta o doente cirúrgico? Existem diferenças qualidade do sono do domicílio para o internamento? Serão os fatores sociodemográficos impactantes na qualidade do sono?*** E como objetivos definiu-se: Avaliar a qualidade de sono do doente cirúrgico no domicílio e internamento; determinar se as variáveis sociodemográfica influenciam a qualidade de sono durante a hospitalização.

1. Métodos

Estudo descritivo-correlacional de matriz transversal, que visa obter uma descrição de um determinado fenómeno, bem como das características da população, assim como a análise das relações entre as variáveis, num período temporal delimitado. Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência, constituída pelos utentes admitidos para cirurgia eletiva no Serviço de Cirurgia Geral de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal, entre Dezembro de 2022 e Março de 2023.

1.1. Participantes

A amostra foi constituída por 150 participantes, sendo 53.3% do género feminino, com uma média de idades de 58.4 anos, oscilando entre os 18 e os 86 anos. A maioria dos participantes (78.0%) são casados/união de facto e 66.6% detêm habilitações académicas até ao 9º ano (cf. Tabela1).

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica dos Doentes Cirúrgicos

Caracterização Sociodemográfica			N	%
1. Idade	M=58,4 DP=14,8 CV=25% Min=21 Max=86			
2. Género	Masculino		70	46,7
	Feminino		80	53,3
3. Estado Civil	Solteiro		18	12,0
	Casado/ União facto		117	78,0
	Divorciado/ Separado		5	3,3
	Viúvo		10	6,7
4. Habilitações Literárias/ Académicas	Sem habilitações		2	1,3
	1º Ciclo/ 4ª Classe		53	35,3
	2º Ciclo/ Ciclo Preparatório		23	15,3
	3º Ciclo/ 9º Ano		22	14,7
	Ensino Secundário/ 12º ano		27	18,0
	Ensino Superior/ Licenciatura/ Mestrado/ Doutoramento		23	15,3

1.2. Instrumentos de recolha de dados

Para a colheita de dados foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico elaborado pelos autores, para a caracterização dos participantes e o questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT), para avaliação da qualidade de sono. A recolha de informação decorreu em dois momentos: na admissão, na qual foi avaliada a qualidade de sono dos participantes autoreportada e referente ao domicílio, correspondente ao último mês, e na alta, onde foi avaliada a qualidade do sono do doente cirúrgico, vivenciada no período do internamento (Apêndice 6).

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (PSQI) constitui um método subjetivo para avaliação da qualidade do sono, desenvolvido por Buysse, Reynolds e Monk em 1989, tendo sido validado para a população portuguesa, por João, Becker, Jesus, & Martins, em 2017. O PSQI tem como objetivo avaliar a qualidade do sono e os seus distúrbios no último mês. O questionário é composto por 19 questões categorizadas em sete componentes: 1) qualidade subjetiva do sono, 2) latência do sono, 3) duração do sono, 4) eficiência habitual do sono, 5) distúrbios do sono, 6) uso de medicação para dormir e 7) disfunção diurna do sono. Cada um dos componentes tem uma pontuação que varia entre 0 a 3. A soma desses componentes tem uma pontuação global, que varia de 0 a 21, onde quanto maior for pontuação, pior será a qualidade do sono. Uma pontuação entre 0 e 5 indica que o indivíduo apresenta uma boa qualidade de sono e uma pontuação superior a 5 uma má qualidade de sono (Buysse et al., 1989; João et al, 2017). A validação para Português apresentou um coeficiente de confiabilidade geral (α de Cronbach) de 0,70, indicando um grau adequado de consistência interna para os 7 componentes do PSQI-PT (João et al, 2017).

No presente estudo foi também utilizado o Alfa de Cronbach, para avaliação do coeficiente de consistência interna da respetiva escala.

O PSQI-PT é uma escala ordinal constituída por sete componentes com quatro categorias (de “0” a “3”) determinadas de acordo com as “Instruções de pontuação e referência” do “Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)” (João, Becker, Jesus, & Martins, 2017).

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,70 para o “Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – Versão Portuguesa”, pelo que os itens integrantes da escala medem de forma aceitável o construto em estudo. As correlações itens-total são sempre positivas e com valores mínimos superiores a 0,3 para quase todas as situações, exceto para o “Componente 6 – Uso de medicação para dormir”. O efeito da eliminação desse componente provocaria um aumento do valor do Alfa de Cronbach. O comportamento da escala nesta amostra é aceitável.

Tabela 2: Consistência interna, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) – Versão Portuguesa, no presente estudo.

Consistência interna PSQI		
	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh - Versão Portuguesa $\alpha=0,754$		
Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono	,726	,700
Componente 2 – Latência do sono	,573	,699
Componente 3 – Duração do sono	,646	,684
Componente 4 – Eficiência do sono	,701	,664
Componente 5 – Distúrbios do sono	,300	,758
Componente 6 – Uso de medicação para dormir	,216	,807
Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas	,435	,731

1.3. Critérios de Inclusão/Exclusão

Os critérios de inclusão dos participantes na amostra foram: idade superior a 18 anos, admitidos para realização de cirurgia eletiva, com capacidade cognitiva de compreensão à cerca do que se lhe estava a ser proposto e mostrar-se disponível para participar no estudo. Como critérios de exclusão foram definidos: deficiência mental, demência, incapacidade de compreensão ao que se lhe estava a ser proposto, complicações pós-operatórias que impossibilitassem a aplicação do Índice de Qualidade de sono de Pittsburg versão adaptada aquando da alta clínica.

1.4 Procedimentos Éticos

Considerando os preceitos éticos e deontológicos que caracterizam a investigação clínica em seres humanos, foi solicitada uma apreciação global do mesmo, pela Comissão de Ética para a Saúde do respetivo Centro Hospitalar e solicitada a autorização para a realização do estudo junto do Conselho de Administração, tendo-se obtido parecer favorável (Anexo 3).

Para a recolha de dados, foi obtido por escrito, o consentimento livre e esclarecido, junto dos participantes, após apresentação dos objetivos do estudo e validada a sua compreensão (Apêndice 7). Toda a informação recolhida foi sujeita a anonimato, 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.

1.5. Análise estatística

A análise dos dados foi efetuada com recurso ao IBM® SPSS® software versão 27.

As variáveis quantitativas foram analisadas a partir dos respetivos valores, apresentando-se algumas estatísticas relevantes, abordadas por Guimarães e Cabral (2010), como a média (M) que para uma escala de 0 a 3, um valor superior a 1,5 é superior ao ponto intermédio da escala, o desvio padrão (DP) que representa a dispersão absoluta, o coeficiente de variação (CV) que ilustra a dispersão relativa e os valores mínimos (Min) e máximos (Max) observados.

Quando os grupos das amostras em estudo são grandes, a distribuição tende para a normalidade. De acordo com Murteira *et al.* (2001), para amostras com mais de 30 elementos em cada um dos grupos em estudo, a violação do pressuposto da normalidade não põe em causa as conclusões (Gravetter & Wallnau, 2000, p 302; Stevens, 1996, p 242). Nos casos em análise, em que a dimensão da amostra está nestas condições, não será necessário verificar o pressuposto para se aplicarem os testes paramétricos. Quando alguma das amostras em comparação for de pequena dimensão, tem ser analisado pressuposto da normalidade da variável dependente em cada uma das amostras, através do Teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Em todas as análises inferenciais, em termos de critério de decisão, considerar como valor de prova, um valor de p igual ou inferior a 5% ($p < 0.05$).

2. Resultados

2.1. Caracterização Clínica

- **Diagnóstico Clínico**

Na amostra de doentes cirúrgicos, o diagnóstico apresenta as categorias listadas na tabela 3, sendo os mais frequentes a “Obesidade” em 10.7%, a “Litíase vesicular” em 10.0% e “Neoplasia do reto” em 7.3%.

Tabela 3: Diagnóstico Clínico

Diagnóstico Clínico				
	N	%		N %
Acalasia	2	1,3	Metástases Hepáticas	3 2,0
Adenoc. Colón ascendente	3	2,0	Neoplasia angulo hepático do colón	2 1,3
Adenoc. Gastrico	3	2,0	Neoplasia cego	1 ,7
Adenoc. Pâncreas	1	,7	Neoplasia colón ascendente	6 4,0
Adenocarcinoma gástrico	1	,7	Neoplasia colón dto	1 ,7
Adenoma plummer	1	,7	Neoplasia colón sigmoide	2 1,3
Bócio multinodular	2	1,3	Neoplasia Colón transverso	1 ,7
Carcinoma papilar tiroide	3	2,0	Neoplasia da cabeça do pâncreas	1 ,7
Colangiocarcinoma VBP	1	,7	Neoplasia desmoide mesentério	1 ,7
Colectomia Total (neo colón)	1	,7	Neoplasia do cego	2 1,3
Doença Crohn	4	2,7	Neoplasia do colón	1 ,7
Doença Crohn penetrante	1	,7	Neoplasia do recto	11 7,3
Doença hemorroidária	5	3,3	Neoplasia do sigmoide	1 ,7
DRGE	1	,7	Neoplasia esôfago	1 ,7
Fistula colovaginal	1	,7	Neoplasia gástrica	1 ,7
Fistula colovesical	1	,7	Neoplasia maligna Vias Biliares	1 ,7
Fistula perianal	3	2,0	Neoplasia síncrona colón	1 ,7
Fistula reto vaginal	1	,7	Nod. Tiroide	3 2,0
Gist	2	1,3	Obesidade	16 10,7
Hérnia do Hiato	3	2,0	Obesidade + Colecistite Aguda	1 ,7
Hérnia hiato+Hernia incisional	1	,7	Pancreatite	1 ,7
Hérnia incisional	5	3,3	Pé diabético neuropático	1 ,7
Hérnia incisional+ inguinal	1	,7	Pólipo duodenal	1 ,7
Hérnia infra umbilical	1	,7	Pólipo Jejuno	1 ,7
Hérnia inguinal	4	2,7	Prolapso rectal	1 ,7
Hérnia umbilical	2	1,3	Quisto hepático	1 ,7
Hiperhidrose axilar	1	,7	Quisto hepático complexo	1 ,7
Hiperplasia nodular focal	1	,7	Quisto pilonidal	1 ,7
Ileostomia proteção	1	,7	Status pós Banda gástrica	1 ,7
Lesão angulo hepático colón	1	,7	Status pós colostomia (endometriose)	1 ,7
Lesão coxa esqda	1	,7	Status pós Colostomia (Neo do reto)	1 ,7
Litíase síncrona	1	,7	Status pós Neoplasia do recto	1 ,7
Litíase vesicular	15	10,0	Status pós Op. Hartmann	1 ,7
Litíase vesicular +DRGE	1	,7	Status pós Pancreatite aguda	2 1,3
Metástases esplénicas	1	,7	Tumor neuroendócrino ileon	1 ,7
		Total	150	100,0

Note-se que em virtude de o diagnóstico apresentar um tão grande número de categorias e com muito poucas observações na maioria delas, não será possível realizar o estudo da relação entre a qualidade de sono do doente com o diagnóstico. As patologias do diagnóstico clínico foram agrupadas em duas grandes categorias “Patologia Oncológica” (40,7%) e “Patologia Não Oncológica” (59,3%) (cf. Tabela 4).

Tabela 4: Diagnóstico Clínico em categorias

Diagnóstico clínico em categorias					
Patologia oncológica	N	%	Patologia não oncológica	N	%
	61	40,7		89	59,3
Adenoc. Colón ascendente			Acalásia		
Adenoc. Gástrico			Adenoma plummer		
Adenoc. Pâncreas			Bócio multinodular		
Adenocarcinoma gástrico			Doença Crohn		
Carcinoma papilar tiroide			Doença Crohn penetrante		
Colangiocarcinoma VBP			Doença hemorroidária		
Colectomia Total (neo colón)			DRGE		
Fistula colovaginal			Fistula perianal		
Gist			Fistula colovesical		
Ileostomia proteção			Fístula reto vaginal		
Lesão angulo hepático colón			Hérnia do Hiato		
Metástases esplénicas			Hérnia hiato+Hernia incisional		
Metástases Hepáticas			Hérnia incisional		
Neoplasia angulo hepático do colón			Hérnia incisional+ inguinal		
Neoplasia cego			Hérnia infra umbilical		
Neoplasia colón ascendente			Hérnia inguinal		
Neoplasia colón dto			Hérnia umbilical		
Neoplasia colón sigmoide			Hiperhidrose axilar		
Neoplasia Colón transverso			Hiperplasia nodular focal		
Neoplasia da cabeça do pâncreas			Lesão coxa esqda		
Neoplasia do cego			Litíase sincrona		
Neoplasia do colón			Litíase vesicular		
Neoplasia do recto			Litíase vesicular +DRGE		
Neoplasia do sigmoide			Neoplasia desmoide mesentério		
Neoplasia esôfago			Nod. Tiroide		
Neoplasia gástrica			Obesidade		
Neoplasia maligna Vias Biliares			Obesidade + Colecistite Aguda		
Neoplasia síncrona colón			Pancreatite		
Status pós Colostomia (Neo do reto)			Pé diabético neuropático		
Status pós Neoplasia do recto			Pólipo duodenal		
Status pós Op. Hartmann			Pólipo Jejuno		
Tumor neuroendócrino ileon			Prolapso rectal		
			Quisto hepático		
			Quisto hepático complexo		
			Quisto pilonidal		
			Status pós Banda gástrica		
			Status pós colostomia (endometriose)		
			Status pós Pancreatite aguda		
Total				150	100,0

- **Doenças Crônicas**

A presença de doenças crônicas afeta 81.3% dos participantes. As mais frequentes são Hipertensão arterial em 47.5% e a Dislipidemia em 33.7%. (cf. Tabela 5).

Tabela 5: Tipologia das doenças crônicas

Tipologia das doenças crônicas					
	N	%		N	%
Sem doenças crônicas	28	18,7	HTA, Dislipidemia, IC, POAD, Ca Próstata	1	,7
Adenoc. Colón, HTA	1	,7	HTA, Dislipidemia, Ins. Venosa (...)	1	,7
Alcoolismo, tabagismo	1	,7	HTA, Dislipidemia, Neo próstata	1	,7
Anemia, P. Depressiva, Dislipidemia (...)	1	,7	HTA, Dislipidemia, Obesidade	1	,7
Ansiedade	1	,7	HTA, Dislipidemia, Parkinson	1	,7
Artrite reumatoide, Endometriose	1	,7	HTA, Dislipidemia, POAD, Depressão	1	,7
Asmas, S. Depressivo	1	,7	HTA, Dislipidemia, SAOS, DM, Gastrite, BMN	1	,7
Depressão	2	1,3	HTA, Dislipidemia, Tiroidite (...)	1	,7
Depressão, Dislipidemia	1	,7	HTA, Diverticulose cólica	1	,7
Depressão, HTA	1	,7	HTA, DM	1	,7
Disfunção ATM, S.Sjogren	1	,7	HTA, DM, Colectomia total (...)	1	,7
Dislipidemia	5	3,3	HTA, DM, Dislipidemia	3	2,0
Dislipidemia, Dça diverticular, S. Raynaud	1	,7	HTA, DM, Dislipidemia, Cateterismo cardíaco	1	,7
Dislipidemia, Depressão	1	,7	HTA, DM, Dislipidemia, Neop. Reto	1	,7
Dislipidemia, DM, Neop. Colón	1	,7	HTA, DM, Dislipidemia, Obesidade	1	,7
Dislipidemia, Hipotiroidismo, P. Depressiva, Obesidade	1	,7	HTA, DM, Dislipidemia, POAD, Neop recto	1	,7
Dislipidemia, neoplasia mama	1	,7	HTA, DM, FA, ICC	1	,7
DM, Dislipidemia	1	,7	HTA, DM, Talassemia (...)	1	,7
DM, Dislipidemia, AIT	1	,7	HTA, Doença Crohn	1	,7
DM, Dislipidemia, HBP, DRC	1	,7	HTA, EAM, Dislipidemia, Depressão	1	,7
DM, DRC, HTA, SAOS, Obesidade	1	,7	HTA, FA, Demência, Ca próstata	1	,7
DM, HBP, Obesidade	1	,7	HTA, FA, Dislipidemia	1	,7
DM, HTA	2	1,3	HTA, FA, Dislipidemia, (...)	1	,7
DM, HTA, Ins. Valvular, S.vertiginoso (...)	1	,7	HTA, FA, Dislipidemia, DRC	1	,7
DM, Nefrectomia	1	,7	HTA, HBP	2	1,3
Doença Crohn	3	2,0	HTA, HBP, Depressão, SAOS	1	,7
Doença Crohn, Asma	1	,7	HTA, HBP, Dislipidemia, Gastrite (...)	1	,7
Doença de Crohn	1	,7	HTA, Hipotiroidismo, Ansiedade	1	,7
Dor crônica	2	1,3	HTA, ICC	1	,7
Endometriose, Depressão, Obesidade	1	,7	HTA, Ins. Venosa, POAD	1	,7
Endometriose, Sinusite	1	,7	HTA, IRC; Artrite gotosa	1	,7
Epilepsia, Hiperuricemia	1	,7	HTA, Nod.Tiroide	1	,7
HBP	3	2,0	HTA, S. Vertiginoso, S. Depressivo, DRGE	1	,7
HBP, Asma, SAOS, Ansiedade	1	,7	HTA, Depressivo	1	,7
HBP, Dislipidemia, S. Depressivo	1	,7	HTA, Vertiginoso, POAD	1	,7
Hipertiroidismo	1	,7	HTA, SAOS, S. Vertiginoso	1	,7
HTA	6	4,0	Neoplasia mama, (...)	1	,7
HTA, AIT, Artrite psoriatica (...)	1	,7	Nod. Tiroide, Ansiedade/depressão	1	,7
HTA, Arritmia, Dislipidemia, Hipotiroidismo	1	,7	Osteoporose	1	,7
HTA, Bócio multinodular, Litíase renal	1	,7	Pancreatite crônica, Esteatose hepática	1	,7
HTA, Cateterismo cardíaco, estenose mitral	1	,7	Rosuvastatina	1	,7
HTA, Dislipidemia	8	5,3	S. Depressivo, Colón irritável, fibromialgia	1	,7
HTA, Dislipidemia, AVC	1	,7	S. Depressivo, Dislipidemia, (...)	1	,7
HTA, Dislipidemia, Cx estômago	1	,7	Vertiginoso, Ansiedade	1	,7
HTA, Dislipidemia, DRC, BAV1ºG	1	,7	Vertiginoso, cervicalgia	1	,7
HTA, Dislipidemia, EAM	1	,7	Vertiginoso	1	,7
HTA, Dislipidemia, Fibromialgia	1	,7	Síndrome Peutz-Jeghers	1	,7
HTA, Dislipidemia, Gota, Cateterismo 2014	1	,7	Tiroidite autoimune, Hemofilia	1	,7
HTA, Dislipidemia, Hiperuricemia	1	,7	Total	150	100

- **Fármacos consumidos**

O consumo habitual de fármacos acontece em 78.0%, sendo os medicamentos mais consumidos os anti-hipertensores e as estatinas (cf. Tabela 6).

Tabela 6: Tipo de Fármacos consumidos em associação

Tipo de Fármacos consumidos		N	%		N	%
Sem medicação habitual		33	22	Lisinopril	2	1,3
AAS, Finasterida, Atorvastatina (...)		1	,7	Lisinopril, Atorvastatina	1	,7
Ac. Valproico, Fenobarbital, Alopurinol		1	,7	Lisinopril, Desmopressina, Alfuzosina	1	,7
Adalimumab		1	,7	Lisinopril, Rosuvastatina	1	,7
Alprazolam, Beta-histina		1	,7	Lorazepam, Amlodipina, Tansulosina (...)	1	,7
Alprazolam, Clopidogrel, Triplixam, Carvedilol, (...)		1	,7	Lorazepam, Escitalopram, Coversyl, Clorotalid	1	,7
Alprazolam, Escitalopram, Quetiapina, Betahist		1	,7	Lorazepam, Midazolam, Valdispert	1	,7
Alprazolam, Lisinopril, Memantina, Bisoprolol (...)		1	,7	Lorazepam, Trazadona, Tapentadol, Clorproma	1	,7
Alprazolam, Metformina, Atorvastatina		1	,7	Losartan, Clopidogrel	1	,7
Alprazolam, Ramipril, Atorvastatina (...)		1	,7	Losartan, Rosuvastatina	1	,7
Alprazolam, Sertralina, Enalapril, Atorvastatina		1	,7	Lyrica, Cartilon	1	,7
Amitriptilina, Melatonina, Sertralina, tramadol		1	,7	Metformina, Amlodipina	1	,7
Amitriptilina, Parotexina, Esomeprazol		1	,7	Metformina, ASS, Lisinopril	1	,7
Amlodipina, Atorvastatina, ASS, (...)		1	,7	Metformina, Bisoprolol, Rosuvastatina	1	,7
Amlodipina, Bisoprolol, Clopidogrel		1	,7	Metformina, Lisinopril, Atorvastatina	1	,7
ASS, Beta-histina, Candesartan		1	,7	Metformina, Bisoprolol, Amlodipina, Atorvastatina	1	,7
ASS, Omeprazol, Olsar, Metoprolol		1	,7	Metibazol	1	,7
Atorvastatina, Azilsartan, Alopurinol		1	,7	Mexazolam SOS, Rosuvastatina	1	,7
Atorvastatina, Loperamida		1	,7	Mexazolam, Ramipril, sinvastatina, Amiodorona	1	,7
Atorvastatina, Stagid		1	,7	Mexazolam, Trazadona, Lasix, Paroxetina (...)	1	,7
Azilsartan+ clorotalidona; Alopurinol; Rosuvastatina		1	,7	Miotomia Heller+ fundoplicatura Lap.	1	,7
Beta-histina		1	,7	Quetiapina	1	,7
Biculatamida, Combodart		1	,7	Mirtazapina, Zolpidem, Escitalopram, Lisinopril	1	,7
Candesartan, Daflon		1	,7	Nebivolol	1	,7
Candesartan, Pantoprazol, Sinvastatina, Levodopa		1	,7	Nebivolol, Sinvastatina, Amlodipina, Metformina	1	,7
Carvedilol, Atorvastatina, Pantoprazol, (...)		1	,7	Olanzapina, Domperidona, Ondasetrom (...)	1	,7
Cloxacolam, Bisoprolol, Rosuvastatina(...)		1	,7	Olmesartan, Atorvastatina	1	,7
Cloxacolam, escitalopram		1	,7	Olmesartan, Indapamida, Esomeprazol	1	,7
Cloxacolam, Perindopril		1	,7	Olsar plus, Letter, Sinvastatina	1	,7
Copalia, Rozor, Sedoxil		1	,7	Omeprazol, Lisinopril, Atarax SOS	1	,7
Coveram, Xigduo, Insulina, Rosuvastatina		1	,7	Pantoc, Metformina, Concor, Furosemda, Lisinopril	1	,7
Diazepam, Lorazepam, Trazadona, Rosuvastatina, Pantoprazol (...)		1	,7	Pantoprazol, Rosuvastatina, Lisinopril (...)	1	,7
Diazepam, Losartan, Bisoprolol, ASS (...)		1	,7	Pantoprazol, Sinvastatina	1	,7
Diazepam, Ralofixeno, Ezetimiba		1	,7	Perindopril	1	,7
Dienogest, Ivabradina, Ferro, Loperamida		1	,7	Perindopril, Amlodipina, Atorvastatina	1	,7
Diltiazem, Anastrozol, Daflon		1	,7	Perindopril, Bisoprolol, Salofalk, Azatioprina	1	,7
Dutasterida/Tansulosina, daflon		1	,7	Perindopril+indapamida, Atorvastatina	1	,7
EEE, Gabapentina, Fentanyl		1	,7	Pravastatina, Perindopril, Lixiana	1	,7
Eliquis, Bisoprolol, Espironolactona, Lasix, Atorvastatina,		1	,7	Mirtazapina, Alprazolam, Trazadona, Tansulosina (...)	1	,7
Enalapril, esomeprazol, Topiromato		1	,7	Ramipril, Amlodipina, Venlafaxina, Atorvastatina	1	,7
Enalapril, Metformina, Atorvastatina		1	,7	Ramipril, Atorvastatina	1	,7
Enalapril+hidroclorotiazida		1	,7	Ramipril, Betaserc	1	,7
Escitalopram, Beta-histina		1	,7	Ramipril, Ebymect	1	,7
Escitalopram, beta-histina, bilastina		1	,7	Ramipril, Pravastatina, Fenofibrato	1	,7
Escitalopram, Victan, Trazadona, Perindopril (...)		1	,7	Rosuvastatina, Pantoprazol, Amitriptilina	1	,7
Esomeprazol, Plaquinol, Tibulona		1	,7	Rosuvastatina, Pantoprazol, Metformina	1	,7

Esomeprazol, Tansulosina, Finasterida (...)	1	,7	Sertralina, Beta-histina, Enalapril, Atorvastatina	1	,7
Estazolam SOS, Concor, Espironolactona, ASS, Omeprazol (...)	1	,7	Sertralina, Trazadona, Rosuvastatina	1	,7
Eutirox, Alzilsartan, Sertalina	1	,7	Sinvastatina	1	,7
Eutirox, Nebilet	1	,7	Sinvastatina, Fenofibrato	1	,7
Fentanyl, Dafalgan	1	,7	Tansulosina	1	,7
Fluoxetina, Diazepam, Bialzepam, Atorvastatina, Daflon (...)	1	,7	Tansulosina, Sertralina, Amitriptilina, Lorazepam	1	,7
Fluoxetina, Olmesartan, Espironolactona, Rosuvastatina	1	,7	Trazadona, Amitriptilina, Lisinopril	1	,7
Ibesartan, Omeprazol, Alopurinol	1	,7	Trazadona, Infliximab, folicil	1	,7
Indapamida, Lisinopril, Metformina, Atorvastatina	1	,7	Trazadona, Levotiroxina, Sinvastatina	1	,7
Indapamida, Sinvastatina	1	,7	Trazadona, Paroxetina, Levotiroxina, Pantoprazo	1	,7
Infliximab, Folicil	1	,7	Triticum, Metoclopramida, (...)	1	,7
Janumet	1	,7	Victam SOS	1	,7
Lexotam SOS, Losartan, Finasterida	1	,7	Total	150	100

• Tipo de Cirurgia

Na amostra, o tipo de cirurgia apresenta as categorias listadas na tabela 7, sendo as mais frequentes a “Hemicolectomia direita” e “Colecistectomia” em 10%, a “Hernioplastia” em 8.1%, e o “Bypass gástrico” em 7.3%.

Tabela 7: Tipo de Cirurgia

Tipo de Cirurgia		N	%		N	%
ALPPS + Resseção VBP + hepatojejunostomia	1	,7	Hemicolectomia dta Via aberta		1	,7
Amputação Abdominoperineal	2	1,3	Hemorroidectomia		4	2,7
Amputação Transtibial dta	1	,7	Hernioplastia		10	6,7
Aplicação células estaminais	3	2,0	Hernioplastia Incisional+ inguinal		1	,7
Bissegmentectomia 2,3 + subsegmentectomia	1	,7	Hernioplastia Ing Bilateral		1	,7
Bissegmentectomia 2,3 + subsegmentectomia 4,7 e 8	1	,7	Istmolobectomia dta		3	2,0
Bypass gástrico	11	7,3	Istmolobectomia esqda		4	2,7
Cardiomiotomia+ fundaplicatura Lap.	1	,7	Lap. Estadiamento + Colocação CTI		1	,7
Colecistectomia + CIO	2	1,3	Lap. Exploradora + polipectomia jejunal		1	,7
Colecistectomia + Fundaplicatura de Nissen	1	,7	Lapar. Estadiamento + colocação CTI		1	,7
Colecistectomia Lap.	14	9,3	Laparoplastia incisional		1	,7
Colecistectomia Lap. + CIO	1	,7	LE+ confecção ileostomia + colocação CTI		1	,7
Colecistectomia Lap.+ Coledocolitotomia	1	,7	LE+ excisão quisto mesentério		1	,7
Colecistectomia via aberta	1	,7	Lobectomia esqda Lap		1	,7
Colectomia Total Lap.	2	1,3	Miotomia Heller Lap.		1	,7
Colocação CTI+ gastrostomia	1	,7	Op. Hartmann Lap.		1	,7
Colocação seton	2	1,3	RAR		3	2,0
Confeção de colostomia	1	,7	RAR + excisão mesorrecto		1	,7
Confeção de colostomia + CTI	1	,7	RAR Lap.		3	2,0
Confeção de colostomia terminal	1	,7	RAR Lap. + lloestomia proteção		1	,7
Crurorrafia + fundaplicatura de Nissen Lap.	4	2,7	Reconstrução trânsito intestinal		1	,7
Crurorrafia + fundaplicatura de Nissen Lap. + Enterectomia Segmentar	1	,7	Reconstrução trânsito intestinal+ hernioplastia		1	,7
Destilhamento de quisto hepático	1	,7	Remoção banda gástrica		1	,7
Duodenectomia Lap.	1	,7	Resseção ileo-cólica		1	,7
Duodenopancreatectomia cefálica	2	1,3	Resseção ileo-cólica + confecção ileostomia		1	,7
Enterectomia Lap.	1	,7	Ressecção de Gist+ hemicolectomia dta + Colocação duplo J		1	,7
Esplenectomia+remoção segmentar diafragma+ remoção CTI	1	,7	Ressecção ileo-cólica		1	,7
Excisão de quisto pilonidal	1	,7	Restabelecimento continuidade digestiva		4	2,7
Excisão Lesão Coxa esqda	1	,7	Sigmoidectomia + desmontagem de fístula		1	,7

Excisão plexo hemorroidário	1	,7	Sigmoidectomia Lap.	2	1,3
Exploração + Colocação Seton	1	,7	Simpatectomia Torácica	1	,7
Gastrectomia atípica	1	,7	Sleeve gástrico	2	1,3
Gastrectomia quase total + linfadenectomia	1	,7	Sleeve gástrico + Colectistectomia Lap.	1	,7
Gastrectomia quase total Lap.	1	,7	Sleeve gástrico Lap.	3	2,0
Gastrectomia subtotal Lap.+ Colocação CTI	1	,7	Subsegmentectomia 2 e 8 Lap.	1	,7
Gastrojejunostomia+ Subsegmentectomia3	1	,7	Subsegmentectomia 3	1	,7
Hemicolectomia dta	2	1,3	Suspensão de órgãos pélvicos	1	,7
Hemicolectomia dta Lap.	12	8,0	Tiroidectomia total	2	1,3
Total			150 100,0		

Dada a grande diversidade do tipo de cirurgias, não será possível realizar o estudo da relação entre a qualidade de sono do doente com a intervenção. Assim, as cirurgias foram agrupadas em cinco categorias: “Cirurgia colo-retal” (37.3%), “Cirurgia Esofagogastroduodenal” (27.3%), “Cirurgia Hepatobiliopancreática” (18%), “Cirurgia Endócrina e Torácica” (6.7%) e “Cirurgia da Parede e Membros” (10.7%) (cf. Tabela 8).

Tabela 8: Tipo de Cirurgia em função das categorias

Tipo de Cirurgia em categorias					
	N	%		N	%
Cirurgia Colo-retal	56	37,3	Cirurgia Esofagogastroduodenal	41	27,3
Amputação Abdominoperineal			Bypass gástrico		
Aplicação células estaminais			Cardiomiotomia+ fundaplicatura Lap.		
Colectomia Total Lap.			Colecistectomia + Fundaplicatura de Nissen		
Colocação seton			Colocação CTI+ gastrostomia		
Confeção de colostomia			Crurorrafia + fundaplicatura de Nissen Lap.		
Confeção de colostomia + CTI			Crurorrafia + fundaplicatura de Nissen		
Confeção de colostomia terminal			+ Enterectomia segmentar		
Excisão plexo hemorroidário			Duodenectomia Lap		
Exploração + Colocação Seton			Enterectomia Lap.		
Hemicolectomia dta			Esplenectomia+remoção segmentar diafragma		
Hemicolectomia dta Lap.			+ remoção CTI		
Hemicolectomia dta Via aberta			Gastrectomia atípica		
Hemorroidectomia			Gastrectomia quase total + linfadenectomia		
LE+ confeção ileostomia + colocação CTI			Gastrectomia quase total Lap.		
Op. Hartmann Lap.			Gastrectomia subtotal Lap.+ Colocação CTI		
RAR			Lap. Estadiamento + Colocação CTI		
RAR + excisão mesorrecto			Lap. Exploradora + polipectomia jejunal		
RAR Lap.			Lapar. Estadiamento + colocação CTI		
RAR Lap. + lloestomia proteção			LE+ excisão quisto mesentério		
Reconstrução trânsito intestinal			Miotomia Heller Lap		
Reconstrução trânsito intestinal+ hernioplastia			Remoção banda gástrica		
Resseção ileo-cólica			Ressecção de Gist+ hemicolectomia dta +		
Resseção ileo-cólica + confeção ileostomia			Colocação duplo J		
Ressecção ileo-cólica			Sleeve gástrico		
Restabelecimento continuidade digestiva			Sleeve gástrico + Colectistectomia Lap.		
Sigmoidectomia + desmontagem de fístula			Sleeve gástrico Lap.		
Sigmoidectomia Lap.					
Suspensão de órgãos pélvicos					

Cirurgia Hepatobiliopancreática	27	18	Cirurgia Endócrina e Torácica	10	6,7
ALPPS + Resseção VBP + hepatojejunostomia			Istmolobectomia dta		
Bissegmentectomia 2,3 + subsegmentectomia			Istmolobectomia esqda		
Bissegmentectomia 2,3 + subsegmentectomia 4,7 e 8			Tiroidectomia total		
Colecistectomia + CIO			Simpatectomia Torácica		
Colecistectomia Lap.					
Colecistectomia Lap. + CIO			Cirurgia da Parede e Membros	16	10,7
Colecistectomia Lap.+ Coledocolitotomia			Amputação Transtibial dta		
Colecistectomia via aberta			Excisão de quisto pilonidal		
Destilhamento de quisto hepático			Excisão Lesão Coxa esqda		
Gastrojejunostomia+ Subsegmentectomia3			Hernioplastia		
Lobectomia esqda Lap			Hernioplastia Incisional+ inguinal		
Subsegmentectomia 2 e 8 Lap.			Hernioplastia Ing Bilateral		
Subsegmentectomia 3			Laparoplastia incisional		
Total				150	100,0

- **Tempo de Internamento**

O tempo de internamento apresenta um valor médio de 5.83 $\pm$ 4.81 dias, com um coeficiente de variação de 82%, oscilando entre 2 e 29 dias, com maior prevalência até 8 dias.

- **Prescrição de medicação facilitadora do sono no internamento**

A prescrição de medicação facilitadora do sono durante o internamento ocorreu em 50% dos participantes.

A prescrição de medicação facilitadora de sono apresenta as categorias listadas na tabela 9, sendo as prescrições mais frequentes “Alprazolam” para 16,7%, “Diazepam” para 6,7% e “Lorazepam” para 4,7% (cf. Tabela 9).

Tabela 9: Medicação facilitadora do sono prescrita, durante o internamento

Medicação facilitadora do sono					
	N	%		N	%
Sem prescrição	75	50,0	Lorazepam, Quetiapina	1	,7
Alprazolam	25	16,7	Mexalozam	2	1,3
Alprazolam SOS	1	,7	Olanzapina	1	,7
Alprazolam, Amitriptilina	1	,7	Oxazepam	1	,7
Alprazolam, Bromazepam	1	,7	Quetiapina	1	,7
Alprazolam, Diazepam	1	,7	Sedoxil	1	,7
Alprazolam, Quetiapina	1	,7	Trazadona	2	1,3
Alprazolam, Trazadona	1	,7	Trazadona, Alprazolam	1	,7
Amitriptilina	2	1,3	Trazadona, Amitriptilina	1	,7
Cloxacolam	3	2,0	Trazadona, Clonazepam	1	,7
Diazepam	10	6,7	Trazadona, Lorazepam	1	,7
Diazepam SOS	1	,7	Trazodona	2	1,3
Diazepam, Bialzepam	1	,7	Trazodona, Sertralina	1	,7

Diazepam, Lorazepam, Trazadona	1	,7	Zolpidem	1	,7
Lorazepam	7	4,7	Zolpidem, Diazepam	1	,7
Lorazepam, Midazolam, Diazepam	1	,7	Total	150	100,0

• Complicações no Internamento

A ocorrência de complicações durante o internamento ocorreu em 14% dos doentes cirúrgicos, sendo as complicações mais frequentes a “hemorragia” em 2.7% (cf. Tabela 10).

Tabela 10: Tipo de complicações

Tipo de complicações					
	N	%		N	%
Sem complicações	128	85,3	Fistula biliar	1	,7
Aumento PCR	1	,7	Hemorragia	3	2,0
Clostridium	1	,7	Hemorragia anastomose	1	,7
COVID, LRA, Confusão	1	,7	Hipertensão Arterial	2	1,3
Derrame pleural, Febre	1	,7	Ileo paralítico	2	1,3
Dor fantasma	1	,7	Ileo paralítico, Febre	1	,7
Febre	1	,7	Infeção ferida operatória	1	,7
Febre + Antibioterapia	1	,7	Náuseas + Vômitos	1	,7
Fistula	1	,7	Trombo no confluente esplénico-portal	1	,7
	Total			150	100,0

Na tabela 11 encontra-se um resumo da caracterização clínica dos participantes do estudo.

Tabela 11: Resumo Caracterização Clínica

Caracterização Clínica					
			N	%	
1. Diagnóstico	Patologia Oncológica		61	40,7	
	Patologia Não Oncológica		89	59,3	
2. Doenças crónicas	Não		28	18,7	
	Sim		122	81,3	
3. Medicação crónica	Não		33	22,0	
	Sim		117	78,0	
4. Tipo de Cirurgia	Cirurgia colo-retal		56	37,3	
	Cirurgia Esofagogastroduodenal		41	27,3	
	Cirurgia Hepatobiliopancreática		27	18,0	
	Cirurgia Endócrina e Torácica		10	6,7	
	Cirurgia da Parede e Membros		16	10,7	
5. Tempo de internamento	M=5,83	DP=4,81			
	Min=2	Max=29			
6. Medicação Facilitadora Do Sono	Não		75	50,0	
	Sim		75	50,0	
7. Complicações durante internamento	Não		129	86,0	
	Sim		21	14,0	
	Total		150	100,0	

2.2. Características do Padrão e Higiene do Sono

• Horário de deitar

Na amostra, o horário de deitar, no domicílio durante o último mês, variou maioritariamente entre as 21h30m e a 00h00m. No internamento, oscilou entre as 22h00m e as 22h30m (cf. Tabela 12).

Tabela 12: Horário de deitar

Horário de deitar	Domicílio		Internamento	
	N	%	N	%
20h00m	1	,7	-----	-----
20h30m	3	2,0	2	1,3
21h00m	10	6,7	14	9,3
21h30m	14	9,3	11	7,3
22h00m	28	18,7	63	42,0
22h30m	25	16,7	50	33,3
23h00m	21	14,0	7	4,7
23h30m	22	14,7	1	,7
00h00m	15	10,0	2	1,3
00h30m	6	4,0	-----	-----
01h00m	2	1,3	-----	-----
02h00m	3	2,0	-----	-----
Total	150	100,0	150	100,0

• Latência do sono

O tempo de demora para adormecer, no domicílio no último mês, em 74% dos participantes foi até 30min, sendo que 56,7%, demoram entre 5 a 20m. Comparativamente, no internamento, 56% demoraram entre 30m a 90m para adormecer (cf. Tabela 13).

Tabela 13: Tempo para adormecer

Tempo para adormecer	Domicilio		Internamento	
	N	%	N	%
5m	10	6,7	1	,7
10m	28	18,7	10	6,7
15m	36	24,0	18	12,0
20m	11	7,3	12	8,0
25m	2	1,3	-----	-----
30m	24	16,0	35	23,3
40m	6	4,0	4	2,7
45m	7	4,7	1	,7
60m	16	10,7	33	22,0
90m	8	5,3	11	7,3
100m	-----	-----	1	,7
120m	2	1,3	19	12,7

180m	-----	-----	3	2,0
240m	-----	-----	1	,7
480m	-----	-----	1	,7
Total	150	100,0	150	100,0

- **Horário de acordar**

No último mês, o horário mais frequente de acordar de 72.8% dos participantes, oscilou entre as 7h00m e as 9h00. No internamento, o horário de acordar de 87.4% dos doentes foi entre as 6h00m e as 7h00m (cf. Tabela 14).

Tabela 14: Horário de acordar

Horário de acordar	Domicílio		Internamento	
	N	%	N	%
4h30m	1	,7	-----	-----
5h00	-----	-----	3	2,0
5h30m	1	,7	-----	-----
6h00m	9	6,0	33	22,0
6h15m	1	,7	-----	-----
6h20m	-----	-----	2	1,3
6h30m	8	5,3	58	38,7
6h40m	1	,7	1	,7
6h45m	5	3,3	-----	-----
7h00m	25	16,7	37	24,7
7h10m	1	,7	-----	-----
7h15m	2	1,3	1	,7
7h20m	-----	-----	1	,7
7h30m	19	12,7	1	,7
7h45m	5	3,3	-----	-----
7h50m	1	,7	-----	-----
8h00m	31	20,7	11	7,3
8h15m	2	1,3	-----	-----
8h30m	13	8,7	1	,7
8h45m	-----	-----	1	,7
9h00m	10	6,7	-----	-----
9h30m	5	3,3	-----	-----
10h00m	4	2,7	-----	-----
11h00m	2	1,3	-----	-----
12h00m	2	1,3	-----	-----
13h00m	1	,7	-----	-----
14h00m	1	,7	-----	-----
Total	150	100,0	150	100,0

- **Duração do sono**

O número de horas de total sono em cada noite, no domicílio, em 80.6% dos participantes, variou entre 6h00m a 8h00m. No internamento, 72.7% dormiram entre 3h00m a 6h00m por noite (cf. Tabela 15).

Tabela 15: Número total de horas de sono

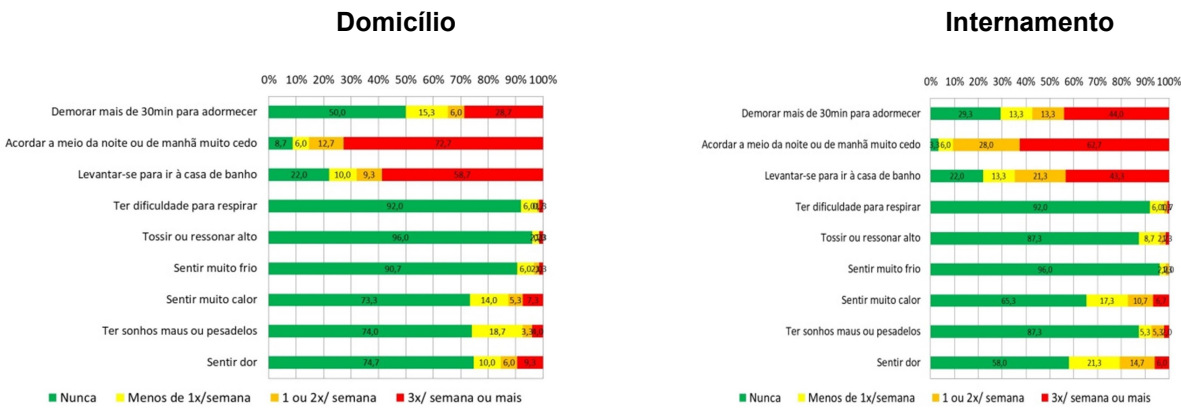
Número de horas de sono	Domicílio		Internamento	
	N	%	N	%
0h00m	-----	-----	1	,7
2h00m	-----	-----	2	1,3
2h30m	-----	-----	1	,7
3h00m	1	,7	24	16,0
3h30m	-----	-----	1	,7
4h00m	2	1,3	21	14,0
4h30m	1	,7	2	1,3
5h00m	14	9,3	31	20,7
5h30m	1	,7	1	,7
6h00m	18	12,0	29	19,3
6h30m	11	7,3	4	2,7
7h00m	53	35,3	25	16,7
7h30m	5	3,3	2	1,3
8h00m	34	22,7	6	4,0
8h30m	4	2,7	-----	-----
9h00m	4	2,7	-----	-----
10h00m	2	1,3	-----	-----
Total	150	100,0	150	100,0

- **Distúrbios do sono**

Na admissão os distúrbios do sono reportados pelos participantes mais frequentes, no último mês, foram: “Acordar a meio da noite ou de manhã muito cedo” (91.3%) e “Levantar-se para ir à casa de banho” (78%), seguidos de “Demorar mais de 30min para adormecer” (50%). Relativamente a “Outras razões”, foram descritas: “Preocupações” (7%), “Preocupações/Ansiedade” (2.1%), “Ansiedade” (0.7%) e “Ruído” (0.7%).

No internamento, os distúrbios mais frequentes foram: “Acordar a meio da noite ou de manhã muito cedo” (96.7%), seguido de “Levantar-se para ir à casa de banho” (78%) e “Demorar mais de 30min para adormecer” (70.7%). Relativamente a “Outras razões”, foram descritas: “Cama/colchão” (9.1%), “Ansiedade” (1.4%), “Barulho do doente ao lado” (0.7%), “Barulho/ Ansiedade” (0.7%) e “Ruído” (0.7%).

Gráfico 1: Distúrbios do sono



• **Qualidade Subjetiva do Sono**

A qualidade do sono no domicílio é descrita pelos participantes: “Muito boa” (4.0%), “Boa” (81.3%), “Má” (13.3%) e “Muito Má” (3%). No internamento, a qualidade de sono, foi considerada: “Muito boa” (0.7%), “Boa” (44.7%), “Má” (48.0%) e “Muito Má” (6.7%) (cf. Tabela 16).

Tabela 16: Qualidade subjetiva do sono

Qualidade subjetiva do sono	Domicílio		Internamento	
	N	%	N	%
Muito boa	6	4,0	1	,7
Boa	122	81,3	67	44,7
Má	20	13,3	72	48,0
Muito Má	2	1,3	10	6,7
Total	150	100,0	150	100,0

• **Uso de Medicação para Dormir e Disfunção diurna**

No domicílio 28% dos participantes admite, ter tomado medicação para dormir receitada por médico ou por iniciativa própria. Da amostra 30.7% tiveram problemas em ficar acordados às refeições, ou enquanto conduziam, ou participavam nalguma atividade social e 32% sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as atividades diárias, durante o último mês, no domicílio.

No internamento, 50% dos doentes tomou medicação facilitadora do sono. Da amostra 41.3% tiveram problemas em ficar acordados às refeições, ou enquanto participavam nalguma atividade social e 30% sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as atividades diárias (cf. Tabela17).

Tabela 17: Uso de medicação para dormir e disfunção diurna, no domicílio e internamento

Uso de medicação para dormir e disfunção diurna	Domicílio								Internamento							
	Nunca		Menos 1x/ semana		1 ou 2x/ semana		3x/semana ou mais		Nunca		Menos 1x/ semana		1 ou 2x/ semana		3x/semana ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?	108	72,0	3	2,0	1	,7	38	25,3	75	50,0	1	,7	16	10,7	58	38,7
Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?	104	69,3	18	12,0	15	10,0	13	8,7	88	58,7	30	20,0	20	13,3	12	8,0
Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?	102	68,0	18	12,0	15	10,0	15	10,0	105	70,0	20	13,3	18	12,0	7	4,7

2.3. Qualidade do Sono e seus Componentes

- Qualidade do sono no Domicílio**

Notando que a valores superiores corresponde uma pior qualidade do sono, importa referir que todas as componentes apresentam valor inferior ao ponto intermédio da escala de medida. Da análise dos valores da qualidade de sono e seus componentes, no último mês, no domicílio, verifica-se que o valor é superior para a “Componente 2 – Latência do sono” (M=1.21) e “Componente 4 – Eficiência do sono” (M=1.18), seguido da “Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono” (M=1.12) e “Componente 5 – Distúrbios do sono” (M=1.08), mas mesmo assim, com valores inferiores a ponto intermédio da escala de medida. O Valor global do PSQI-PT apresenta M=7.03, valor inferior ao ponto intermédio da escala de medida (0-21), que corresponde a 33.5% da escala (cf. Tabela 18).

O valor global da Qualidade do Sono é dividido em duas categorias, sendo que valores até 5 indicam boa qualidade do sono e valores superiores a 5 indicam má qualidade do sono. Verifica-se que, 39.3% dos participantes apresentam boa qualidade de sono e os restantes 60.7% apresentam uma má qualidade de sono, no domicílio (cf. Tabela 19).

- **Qualidade de sono no Internamento**

Durante o internamento, as componentes do PSQI-PT, que apresentam valor superior ao ponto intermédio da escala de medida, são “Componente 4 – Eficiência do sono” (M=2.20), seguida da “Componente 3 – Duração do sono” (M=2.05), depois da “Componente 2 – Latência do sono” (M=1.87), e ainda da “Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono” (M=1.61).

As restantes componentes, apresentam um valor inferior ao ponto intermédio da escala de medida, nomeadamente a “Componente 6 – Uso de medicação para dormir” (M=1.38), seguida de “Componente 5 – Distúrbios do sono” (M=1.13), e finalmente de “Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas” (M=0.74). O Valor global do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh apresenta M=10.97, valor ligeiramente superior ao ponto intermédio da escala de medida (0-21), que corresponde a 52.2% da escala (cf. Tabela 18).

Tabela 18: Qualidade do sono e seus componentes – Domicílio vs Internamento

Qualidade de Sono e Componentes	N=150	Domicílio					Internamento				
		M	DP	CV%	Min	Max	M	DP	CV%	Min	Max
Qualidade do sono – valor global		7,03	3,80	54	0	18	10,97	4,19	38	1	19
Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono		1,12	0,46	41	0	3	1,61	0,62	39	0	3
Componente 2 – Latência do sono		1,21	1,20	99	0	3	1,87	1,12	60	0	3
Componente 3 – Duração do sono		0,95	0,81	85	0	3	2,05	0,87	42	0	3
Componente 4 – Eficiência do sono		1,18	1,04	88	0	3	2,20	0,99	45	0	3
Componente 5 – Distúrbios do sono		1,08	0,41	38	0	2	1,13	0,41	36	0	3
Componente 6 – Uso de medicação para dormir		0,79	1,31	165	0	3	1,38	1,42	103	0	3
Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas		0,69	0,90	130	0	3	0,74	0,90	122	0	3

Durante o internamento, 10.7% dos participantes, apresentam boa qualidade do sono e os restantes 89.3% apresentam má qualidade do sono (cf. Tabela 19).

Tabela 19: Valor global da Qualidade do sono – Domicílio vs Internamento

Valor global da qualidade de sono	Domicílio		Internamento	
	N	%	N	%
Boa qualidade do sono (≤ 5)	59	39,3	16	10,7
Má qualidade do sono (> 5)	91	60,7	134	89,3
Total	150	100,0	150	100,0

2.4. Comparação dos resultados da Qualidade de Sono entre Domicílio e Internamento

O valor médio da “Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono” aumenta do domicílio (M=1.12) para o internamento (M=1.61), sendo as diferenças significativas, de acordo com o teste t ($t_{149}=9.769$; $p<0.001$); o valor médio da “Componente 2 – Latência do sono” aumenta do domicílio (M=1.21) para o internamento (M=1.87), sendo as diferenças significativas, de acordo com o teste t ($t_{149}=5.967$; $p<0.001$); o valor médio da “Componente 3 – Duração do sono” aumenta do domicílio (M=0.95) para o internamento (M=2.05), sendo as diferenças significativas ($t_{149}=13.633$; $p<0.001$); o valor médio da “Componente 4 – Eficiência do sono” aumenta do domicílio (M=1.18) para o internamento (M=2.20), sendo as diferenças significativas ($t_{149}=10.259$; $p<0.001$); o valor médio da “Componente 5 – Distúrbios do sono” aumenta do domicílio (M=1.08) para o internamento (M=1.13), mas as diferenças não são significativas ($t_{149}=1.181$; $p=0.239$); o valor médio da “Componente 6 – Uso de medicação para dormir” aumenta do domicílio (M=0.79) para o internamento (M=1.38), sendo as diferenças significativas ($t_{149}=5.415$; $p<0.001$); o valor médio da “Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas” aumenta do domicílio (M=0.69) para o internamento (M=0.74), mas as diferenças não são significativas ($t_{149}=0.531$; $p=0.596$); o valor médio da “Qualidade do sono – valor global” aumenta do domicílio (M=7.03) para o internamento (M=10.97), sendo as diferenças significativas ($t_{149}=11.224$; $p<0.001$).

A Qualidade do sono – Valor global e as suas componentes, nomeadamente, Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono, Componente 2 – Latência do sono, Componente 3 – Duração do sono, Componente 4 – Eficiência do sono e a Componente 6 – Uso de medicação para dormir pioram significativamente do domicílio para o internamento, com exceção da Componente 5 – Distúrbios do sono e a Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas, não apresentam diferenças significativas entre o domicílio e o internamento. Conclui-se que o estudo das diferenças entre os valores do domicílio e do internamento revelam que, a qualidade de sono durante o internamento piora significativamente (cf. Tabela 20).

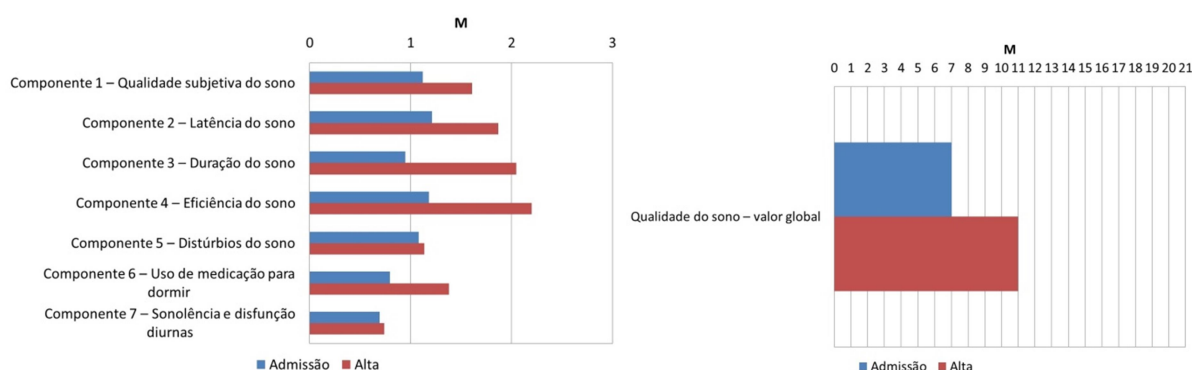
Tabela 20: Comparação do PSQI - PT entre Domicílio e Internamento

Comparação do PSQI – PT entre Domicílio e Internamento			
N=150		M	DP
Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono	Domicílio	1,12	0,46
	Internam	1,61	0,62
Componente 2 – Latência do sono	Domicílio	1,21	1,20
	Internam	1,87	1,12
Componente 3 – Duração do sono	Domicílio	0,95	0,81

	Internam	2,05	0,87
Componente 4 – Eficiência do sono	Domicílio	1,18	1,04
	Internam	2,20	0,99
Componente 5 – Distúrbios do sono	Domicílio	1,08	0,41
	Internam	1,13	0,41
Componente 6 – Uso de medicação para dormir	Domicílio	0,79	1,31
	Internam	1,38	1,42
Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas	Domicílio	0,69	0,90
	Internam	0,74	0,90
Qualidade do sono – valor global	Domicílio	7,03	3,80
	Internam	10,97	4,19

	M	DP	IC a 95%		Teste t amostras emparelhadas	
			LI	LS	t ₁₄₉	p
Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono (internamento – domicílio)	0,487	0,610	0,388	0,585	9,769	*** 0,000
Componente 2 – Latência do sono (internamento – domicílio)	0,653	1,341	0,437	0,870	5,967	*** 0,000
Componente 3 – Duração do sono (internamento – domicílio)	1,100	0,988	0,941	1,259	13,633	*** 0,000
Componente 4 – Eficiência do sono (internamento – domicílio)	1,020	1,218	0,824	1,216	10,259	*** 0,000
Componente 5 – Distúrbios do sono (internamento – domicílio)	0,053	0,553	-0,036	0,143	1,181	0,239
Componente 6 – Uso de medicação para dormir (internamento – domicílio)	0,587	1,327	0,373	0,801	5,415	*** 0,000
Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas (internamento – domicílio)	0,047	1,077	-0,127	0,220	0,531	0,596
Qualidade do sono – valor global (internamento – domicílio)	3,947	4,307	3,252	4,642	11,224	*** 0,000

*** p<0,001

Gráfico 2: Comparação do PSQI –PT entre o Domicílio e o Internamento

Dos que apresentam “Boa qualidade do sono” no domicílio, 18.6% continuam a apresentar “Boa qualidade do sono” e 81.4% passam a apresentar “Má qualidade do sono” no internamento. No domicílio, dos que apresentam “Má qualidade do sono”, 94.5%

continuam a apresentar “Má qualidade do sono” e 5.5% passam a apresentar “Boa qualidade do sono” no internamento, sendo as diferenças significativas, de acordo com o teste de McNemar ($p < 0.001$) (cf. Tabela 21).

Tabela 21: Relação entre a Qualidade do sono – Valor Global no Domicílio e no Internamento

Relação entre a Qualidade de sono – Valor global domicílio vs internamento							
	Valor global da Qualidade do sono no Internamento					Teste de McNemar	p
	N	Boa qualidade do sono (≤ 5)		Má qualidade do sono (> 5)			
		N	%	N	%		
Valor global da Qualidade do sono no Domicílio						***	0,000
Boa qualidade do sono (≤ 5)	59	11	18,6	48	81,4		
Má qualidade do sono (> 5)	91	5	5,5	86	94,5		
							*** p<0.001

Em síntese, infere-se que a qualidade do sono, medida pelo Valor global do PSQI-PT em categorias, piora de forma significativa no internamento.

2.5. Relação das Variáveis Sociodemográficas com a Qualidade de sono, no Internamento

• Idade

As correlações entre a idade e todas as componentes e o valor global do PSQI-PT não são estatisticamente significativas ($p > 0.05$), inferindo-se que a idade não está associada a uma variação significativa do valor das componentes e do valor global do PSQI-PT, pelo que a qualidade do sono não está relacionada de forma significativa com a idade (cf. Tabela 22).

Tabela 22: Correlação de Spearman, entre PSQI-PT e a Idade em anos

Correlação de Spearman entre PSQI-PT e a idade (anos)		
N=150		Idade (anos)
Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono	ρ	-0,053
	p	0,522
Componente 2 – Latência do sono	ρ	0,109
	p	0,185
Componente 3 – Duração do sono	ρ	0,076
	p	0,356

Componente 4 – Eficiência do sono	ρ	0,090
	p	0,274
Componente 5 – Distúrbios do sono	ρ	0,071
	p	0,389
Componente 6 – Uso de medicação para dormir	ρ	0,012
	p	0,886
Componente 7 – Sonolência e as disfunção diurnas	ρ	-0,067
	p	0,416
Qualidade do sono – valor global	ρ	0,060
	p	0,465

** p < 0,01 *** p < 0,001

Para efeitos da análise inferencial com recurso ao teste Anova, organizou-se a idade em quatro categorias (cf. Tabela 23).

Relembrando que a valores superiores corresponde menor qualidade do sono, relativamente ao valor médio, a “Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono” tem tendência a diminuir com o aumento da idade, a “Componente 2 – Latência do sono” é superior para mais de 70 anos e inferior para 61-70 anos, a “Componente 3 – Duração do sono” é superior para mais de 70 e para 51-60 anos, a “Componente 4 – Eficiência do sono” é superior para mais de 70 anos, a “Componente 5 – Distúrbios do sono” é superior para 61-70 anos e inferior para 51-60 anos, a “Componente 6 – Uso de medicação para dormir” é superior para 61-70 anos e inferior para mais de 70 anos, a “Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas” é superior para até 50 anos e inferior para 51-60 anos, mas nenhuma das diferenças observadas é significativa. Relativamente ao valor médio, a “Qualidade do sono – valor global” tem tendência a aumentar com o aumento da idade, mas as diferenças não são significativas, ou seja observa-se uma degradação da qualidade de sono com o aumento da idade, contudo as diferenças não são significativas (cf. Tabela 23).

Tabela 23: Qualidade do Sono em função da Idade

Qualidade do sono em função da idade		ANOVA				
		N	M	DP	F	p
Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono	Até 50 anos	42	1,64	0,66	,375	0,771
	51-60 anos	39	1,67	0,70		
	61-70 anos	35	1,57	0,61		
	Mais de 70 anos	34	1,53	0,51		
Componente 2 – Latência do sono	Até 50 anos	42	1,76	1,12	2,641	0,052
	51-60 anos	39	1,92	1,16		
	61-70 anos	35	1,54	1,09		
	Mais de 70 anos	34	2,26	1,02		
Componente 3 – Duração do sono	Até 50 anos	42	1,93	0,95	1,352	0,260
	51-60 anos	39	2,21	0,80		
	61-70 anos	35	1,89	0,90		
	Mais de 70 anos	34	2,18	0,80		
Componente 4 – Eficiência do sono	Até 50 anos	42	2,14	0,95	,156	0,925
	51-60 anos	39	2,21	1,08		

	61-70 anos	35	2,17	0,98		
	Mais de 70 anos	34	2,29	0,97		
Componente 5 – Distúrbios do sono	Até 50 anos	42	1,12	0,45	,573	0,634
	51-60 anos	39	1,08	0,35		
	61-70 anos	35	1,20	0,47		
	Mais de 70 anos	34	1,15	0,36		
Componente 6 – Uso de medicação para dormir	Até 50 anos	42	1,33	1,39	1,495	0,219
	51-60 anos	39	1,36	1,44		
	61-70 anos	35	1,77	1,37		
	Mais de 70 anos	34	1,06	1,46		
Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas	Até 50 anos	42	0,90	0,88	1,137	0,336
	51-60 anos	39	0,54	0,82		
	61-70 anos	35	0,77	1,03		
	Mais de 70 anos	34	0,74	0,86		
Qualidade do sono – valor global	Até 50 anos	42	10,83	4,33	,052	0,984
	51-60 anos	39	10,97	4,46		
	61-70 anos	35	10,91	4,28		
	Mais de 70 anos	34	11,21	3,75		

Na amostra, a má qualidade do sono é superior para mais de 70 anos e inferior para 51-60 anos, mas as diferenças não são significativas (Qui-quadrado, $X^2_3=1.807$, $p=0.613$) (cf. Tabela 24).

Tabela 24: Qualidade do sono - Valor global em função da Idade

Qualidade de sono – Valor global em função da idade							
Idade	N	Valor global do PSQI (Qualidade do sono) no Internamento				Teste do Qui-quadrado	p
		Boa qualidade do sono (= <5)		Má qualidade do sono (>5)			
		N	%	N	%		
Até 50 anos	42	4	9,5	38	90,5	1,807	0,613
51-60 anos	39	6	15,4	33	84,6		
61-70 anos	35	4	11,4	31	88,6		
Mais de 70 anos	34	2	5,9	32	94,1		

Globalmente infere-se que a qualidade do sono no internamento não está relacionada de forma significativa com a idade.

- **Género**

Por se poderem considerar as classes em comparação como grupos de grande dimensão, utiliza-se o teste paramétrico t.

Como já descrito a valores superiores corresponde menor qualidade do sono. Relativamente aos valores médios em função do género, a “Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono”, a “Componente 2 – Latência do sono”, a “Componente 3 – Duração do sono”, a “Componente 4 – Eficiência do sono”, a “Componente 5 – Distúrbios do sono” e a “Componente 6 – Uso de medicação para dormir” são superiores para o género masculino, a “Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas” é superior para o género feminino, mas nenhuma das diferenças observadas é significativa. Relativamente ao valor médio, a “Qualidade do sono – valor global” é superior para o género masculino, mas as diferenças não são significativas (cf. Tabela 25).

Tabela 25: Qualidade do Sono em função do Género

Qualidade do Sono em função do género		Teste t				
		N	M	DP	t	p
Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono	Masculino	70	1,63	0,62	0,402	0,688
	Feminino	80	1,59	0,63		
Componente 2 – Latência do sono	Masculino	70	2,06	1,08	1,965	0,051
	Feminino	80	1,70	1,14		
Componente 3 – Duração do sono	Masculino	70	2,16	0,81	1,461	0,146
	Feminino	80	1,95	0,91		
Componente 4 – Eficiência do sono	Masculino	70	2,27	0,99	0,826	0,410
	Feminino	80	2,14	0,99		
Componente 5 – Distúrbios do sono	Masculino	70	1,14	0,43	0,264	0,792
	Feminino	80	1,13	0,40		
Componente 6 – Uso de medicação para dormir	Masculino	70	1,47	1,43	0,735	0,463
	Feminino	80	1,30	1,42		
Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas	Masculino	70	0,63	0,82	-1,422	0,157
	Feminino	80	0,84	0,96		
Qualidade do sono – valor global	Masculino	70	11,36	3,97	1,050	0,296
	Feminino	80	10,64	4,37		

Na amostra, a má qualidade do sono é superior no género masculino, mas as diferenças não são significativas (Qui-quadrado, $X^2_{1}=1.710$, $p=0.191$) (cf. Tabela 26).

Tabela 26: Qualidade do sono – Valor global em função do Género

Qualidade do sono – valor global em função do género							
		Valor global do PSQI (Qualidade do sono) no Internamento				Teste do Qui-quadrado	p
		Boa qualidade do sono (=≤5)		Má qualidade do sono (>5)			
	N	N	%	N	%		
Género						1,710	0,191
Masculino	70	5	7,1	65	92,9		
Feminino	80	11	13,8	69	86,3		

Na globalidade, infere-se que a qualidade do sono no internamento é independente do género.

- **Estado Civil**

Como existem classes em comparação com pequena dimensão, foi realizado o teste K-S para analisar a normalidade e conclui-se que não se verifica este pressuposto, pelo que será utilizado de seguida o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Considerando que a valores superiores corresponde menor qualidade do sono, relativamente ao valor médio, a “Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono”, a “Componente 2 – Latência do sono”, a “Componente 3 – Duração do sono” é superior para viúvo, a “Componente 4 – Eficiência do sono”, a “Componente 5 – Distúrbios do sono” é superior para viúvo; a “Componente 6 – Uso de medicação para dormir” e a “Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas” é superior para divorciado/ separado, mas nenhuma das diferenças observadas é significativa. Relativamente ao valor médio, a “Qualidade do sono – valor global” é superior nos viúvos, seguido dos divorciados/separados e inferior para solteiros, seguido de casados/ união de facto, mas as diferenças não são significativas (cf. Tabela 27).

Tabela 27: Qualidade do Sono em função do Estado Civil

Qualidade do sono em função do estado civil		Kruskal-Wallis				
		N	M	DP	H	p
Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono	Solteiro	18	1,50	0,51	1,93	0,588
	Casado/ União facto	117	1,61	0,66		
	Divorciado/ Separado	5	1,60	0,55		
	Viúvo	10	1,80	0,42		
Componente 2 – Latência do sono	Solteiro	18	1,89	1,23	2,76	0,430
	Casado/ União facto	117	1,83	1,10		
	Divorciado/ Separado	5	1,60	1,34		
	Viúvo	10	2,40	1,07		
Componente 3 – Duração do sono	Solteiro	18	2,06	0,87	3,13	0,372
	Casado/ União facto	117	2,01	0,88		
	Divorciado/ Separado	5	2,00	1,00		
	Viúvo	10	2,50	0,71		
Componente 4 – Eficiência do sono	Solteiro	18	2,00	1,03	3,20	0,361
	Casado/ União facto	117	2,19	0,99		
	Divorciado/ Separado	5	2,40	0,89		
	Viúvo	10	2,60	0,97		
Componente 5 – Distúrbios do sono	Solteiro	18	1,06	0,42	2,39	0,496
	Casado/ União facto	117	1,13	0,41		
	Divorciado/ Separado	5	1,20	0,45		

	Viúvo	10	1,30	0,48		
Componente 6 – Uso de medicação para dormir	Solteiro	18	1,17	1,38	3,16	0,367
	Casado/ União facto	117	1,42	1,43		
	Divorciado/ Separado	5	2,20	1,30		
	Viúvo	10	0,90	1,45		
Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas	Solteiro	18	0,67	0,77	6,54	0,088
	Casado/ União facto	117	0,66	0,83		
	Divorciado/ Separado	5	1,60	1,52		
	Viúvo	10	1,40	1,17		
Qualidade do sono – valor global	Solteiro	18	10,33	3,61	3,95	0,267
	Casado/ União facto	117	10,84	4,21		
	Divorciado/ Separado	5	12,60	4,88		
	Viúvo	10	12,90	4,53		

A má qualidade do sono é superior nos divorciados/separados, mas as diferenças não são significativas, (Qui-quadrado, $X^2_3=0.630$, $p=0.890$) (cf. Tabela 28).

Tabela 28: Qualidade do sono- Valor global em função do Estado Civil

Qualidade do sono – valor global em função do estado civil							
		Valor global do PSQI (Qualidade do sono) no Internamento				Teste do Qui-quadrado	p
		Boa qualidade do sono (= <5)		Má qualidade do sono (>5)			
	N	N	%	N	%		
5. Estado Civil						0,630	0,890
Solteiro	18	2	11,1	16	88,9		
Casado/ União facto	117	13	11,1	104	88,9		
Divorciado/ Separado	5	0	0,0	5	100,0		
Viúvo	10	1	10,0	9	90,0		

A qualidade do sono no internamento não está relacionada de forma significativa com o estado civil.

- **Habilitações Literárias/ Académicas**

Para efeitos da análise inferencial, como a categoria “Sem habilitações” tem apenas duas observações, foi agregada à categoria adjacente (até ao 1º ciclo), conforme consta na Tabela 29.

Como existem classes em comparação com pequena dimensão, foi realizado o teste K-S para analisar a normalidade e conclui-se que não se verifica este pressuposto, pelo que será novamente utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Como a valores superiores corresponde menor qualidade do sono, relativamente ao valor médio, a “Componente 2 – Latência do sono” é superior para até 1.º ciclo e 3.º ciclo e inferior para 2.º ciclo e ensino superior, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($H_4=13.85$, $p=0.008$); a “Componente 4 – Eficiência do sono” é superior para o 3.º ciclo e inferior para ensino superior, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($H_4=9.75$, $p=0.045$).

Relativamente ao valor médio, a “Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono” é superior para 3.º ciclo seguido de ensino secundário, a “Componente 3 – Duração do sono” é superior para 3.º ciclo, a “Componente 5 – Distúrbios do sono” é superior para 2.º ciclo, a “Componente 6 – Uso de medicação para dormir” é superior para 2.º ciclo, a “Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas” é superior para ensino secundário e inferior para 2.º ciclo, mas nenhuma das diferenças observadas é significativa. Quanto ao valor médio, a “Qualidade do sono – valor global” é superior para 3.º ciclo e inferior para ensino superior, mas as diferenças não são significativas (cf. Tabela 29).

Tabela 29: Qualidade do Sono em função das Habilitações Literárias/ Académicas

Qualidade do sono em função das habilitações literárias/académicas		Kruskal-Wallis				
		N	M	DP	H	p
Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono	Até 1º Ciclo	55	1,51	0,54	8,22	0,084
	2º Ciclo	23	1,52	0,59		
	3º Ciclo	22	1,91	0,61		
	Ensino Secundário	27	1,70	0,72		
	Ensino Superior	23	1,52	0,67		
Componente 2 – Latência do sono	Até 1º Ciclo	55	2,13	1,07	13,85	** 0,008
	2º Ciclo	23	1,43	0,99		
	3º Ciclo	22	2,23	0,92		
	Ensino Secundário	27	1,85	1,23		
	Ensino Superior	23	1,35	1,15		
Componente 3 – Duração do sono	Até 1º Ciclo	55	2,05	0,83	6,87	0,143
	2º Ciclo	23	2,04	0,82		
	3º Ciclo	22	2,41	0,91		
	Ensino Secundário	27	1,89	0,93		
	Ensino Superior	23	1,87	0,87		
Componente 4 – Eficiência do sono	Até 1º Ciclo	55	2,25	0,95	9,75	* 0,045
	2º Ciclo	23	2,17	0,98		
	3º Ciclo	22	2,55	0,91		
	Ensino Secundário	27	2,26	0,98		
	Ensino Superior	23	1,70	1,06		
Componente 5 – Distúrbios do sono	Até 1º Ciclo	55	1,13	0,34	3,56	0,470
	2º Ciclo	23	1,26	0,45		
	3º Ciclo	22	1,14	0,35		
	Ensino Secundário	27	1,04	0,44		
	Ensino Superior	23	1,13	0,55		
Componente 6 – Uso de medicação para dormir	Até 1º Ciclo	55	1,22	1,46	3,08	0,545
	2º Ciclo	23	1,83	1,40		
	3º Ciclo	22	1,32	1,43		

	Ensino Secundário	27	1,48	1,40		
	Ensino Superior	23	1,26	1,39		
Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas	Até 1º Ciclo	55	0,69	0,96	4,65	0,325
	2º Ciclo	23	0,57	0,90		
	3º Ciclo	22	0,86	0,89		
	Ensino Secundário	27	0,96	0,90		
	Ensino Superior	23	0,65	0,78		
Qualidade do sono – valor global	Até 1º Ciclo	55	10,98	4,07	5,55	0,235
	2º Ciclo	23	10,83	3,93		
	3º Ciclo	22	12,41	3,50		
	Ensino Secundário	27	11,19	4,79		
	Ensino Superior	23	9,48	4,42		
			** p<0,01		* p<0,05	

A má qualidade do sono é superior para 2.º ciclo e 3.º ciclo e inferior para ensino secundário e ensino superior, mas as diferenças não são significativas (Qui-quadrado, $X^2_4=4.811$, $p=0.307$) (cf. Tabela 30).

Tabela 30: Qualidade do sono - Valor global em função das Habilitações Literárias/Académicas

Qualidade de sono – valor global em função das habilitações literárias/académicas							
	N	Valor global do PSQI (Qualidade do sono) no Internamento				Teste do Qui-quadrado	p
		Boa qualidade do sono (= ≤ 5)		Má qualidade do sono (> 5)			
		N	%	N	%		
Habilitações Académicas/Literárias						4,811	0,307
Até 1º Ciclo	55	5	9,1	50	90,9		
2º Ciclo	23	1	4,3	22	95,7		
3º Ciclo	22	1	4,5	21	95,5		
Ensino Secundário	27	5	18,5	22	81,5		
Ensino Superior	23	4	17,4	19	82,6		

Emerge da análise estatística que apenas a “Componente 2 – Latência do sono” da qualidade do sono é significativamente pior para até 1.º ciclo e 3.º ciclo e melhor para 2.º ciclo e ensino superior, e a “Componente 4 – Eficiência do sono” da qualidade do sono é significativamente pior para o 3.º Ciclo e melhor para ensino superior, todas as restantes componentes e a qualidade do sono – valor global, no internamento não estão relacionadas de forma significativa com as habilitações literárias.

3. Discussão

O sono é um mecanismo fisiológico de regulação homeostática do organismo, desempenhando um papel primordial nas funções cognitivas, de memória e aprendizagem, nas funções restauradoras da energia e de desintoxicação e nas funções emocionais, com a estabilização do humor, contribuindo para o bem-estar físico e mental da pessoa (Valido & Gomes, 2020).

Durante a hospitalização, os doentes apresentam um sono fragmentado devido a uma multiplicidade de fatores intrínsecos e extrínsecos, o que pode condicionar o seu processo de recuperação clínica (Morse & Bender, 2019; Lima et al, 2022).

No presente estudo, quando analisada a qualidade de sono no domicílio, valor global, verifica-se que 39.3% dos participantes apresentam uma “Boa Qualidade de Sono” ($PSQI \leq 5$) e 60.7% uma “Má Qualidade de sono” ($PSQI > 5$). Mais de metade dos participantes apresentam já no domicílio uma má qualidade de sono, o que é concordante com um estudo desenvolvido por Rodrigues, Nina e Matos (2014), a nível dos cuidados de saúde primários, em que cerca de metade dos utentes dorme mal ($PSQI > 5$ em 52,4% *versus* $PSQI \leq 5$ em 47,6%). No entanto, num estudo desenvolvido com doentes submetidos a cirurgia cardíaca, a incidência da má qualidade de sono no domicílio, foi 37.5% (Melo et al, 2019).

Ao analisar-se a qualidade do sono no internamento, observa-se um agravamento da mesma verificando-se a prevalência da “Má Qualidade do Sono” ($PSQI > 5$) em 89.3%. Os resultados obtidos são concordantes com os de Barbosa et al (2018), com 59 doentes submetidos a cirurgia oncológica, em que a prevalência da Má Qualidade de Sono ($PSQI > 5$) foi de 71%. Um estudo transversal realizado com 100 doentes internados para tratamento cirúrgico, a prevalência da má qualidade de sono ($PSQI > 5$) foi de 69% (D’Souza et al, 2019). Da mesma forma, um estudo transversal, que avaliou 338 pacientes hospitalizados em serviços médicos e cirúrgicos, verificou-se a prevalência de má qualidade de sono ($PSQI > 5$) em 76,62% dos participantes, sendo superior nos doentes cirúrgicos (Singh et al, 2021). No mesmo sentido, num estudo em que foi avaliada a qualidade de sono no pós-operatório a 424 doentes, a prevalência da má qualidade de sono foi de 64.9% (Tegegne & Alemnew, 2022). No mesmo seguimento, um estudo desenvolvido com cerca de 252 participantes internados em serviços médicos e cirúrgicos, verificou-se uma má qualidade de sono ($PSQI > 5$) em 80% dos participantes (Zamora, 2022).

Contrariamente aos resultados desta investigação, Pinto (2014) no seu estudo correlacional e transversal, realizado a nível nacional, com 92 doentes internados em serviços de medicina e cirurgia, por um período igual ou superior a 5 dias, constatou que a prevalência da má qualidade de sono foi de 30% (PSQI>5), verificando-se uma pior qualidade de sono em doentes do foro médico, comparativamente aos doentes do foro cirúrgico.

A prevalência da má qualidade do sono no presente estudo foi elevada (PSQI>5 de 89.3%), comparativamente aos resultados de outros estudos. Este resultado pode dever-se ao facto dos participantes apresentarem um valor médio de idade de 58.4, superior aos restantes estudos. De acordo com a evidência científica, a partir dos 60 anos, observa-se o aumento da fragmentação do sono com despertares frequentes, sendo propício ao desenvolvimento de um sono inadequado. Esta também é uma possibilidade de explicação pelos participantes do estudo apresentarem já no domicílio um PSQI>5 de 60.7%, o qual também é superior ao de outros estudos.

Ao comparar os resultados da qualidade de sono entre o domicílio e o internamento, observa-se uma deterioração da Qualidade de Sono - Valor global e algumas das suas componentes, nomeadamente, Qualidade Subjetiva, Latência, Duração, Eficiência e uso de Medicação para Dormir, durante o internamento. Durante o internamento, os participantes, demoraram mais tempo para adormecer (entre 30 a 90min), acordaram mais cedo (entre as 6 e as 7 horas), dormiram menos horas (entre 3 a 6 horas), tiveram um sono menos eficiente, percepcionando uma pior qualidade de sono durante o internamento.

O resultado obtido no presente estudo foi semelhante ao de Zamora (2022), que ao avaliar a qualidade de sono em doentes internados, observou piora nas componentes de duração, eficiência e qualidade subjetiva do sono durante a hospitalização, além de maior uso de medicações indutoras do sono.

Durante o internamento 50% dos participantes consumiram medicações facilitadoras do sono, prescritas durante a hospitalização, um aumento de 22% relativamente ao domicílio, sendo o Alprazolam, Diazepam e Lorazepam as medicações mais prescritas.

Quando analisada a qualidade de sono durante o internamento em função da idade, verifica-se que, apesar de se verificar uma pior qualidade de sono com o aumento da idade, as diferenças não são significativas. Durante o internamento a variável idade não tem interferência na qualidade de sono. Contrariamente ao verificado, no estudo desenvolvido por Singh et al (2021), em que se verificou uma associação da idade com a qualidade subjetiva do sono e com a duração do sono. No mesmo sentido, um estudo desenvolvido

com doentes cirúrgicos, a faixa etária dos 25-54 anos, apresentaram pior qualidade de sono (Tegegne & Alemnew, 2022).

Na análise face ao género, apesar de se verificar um aumento da “Qualidade de sono – Valor global” no masculino, as diferenças não são significativas, inferindo-se que as variáveis não se encontram relacionadas. Inversamente, Tegegne & Alemnew (2022), verificaram que prevalência da má qualidade de sono era pior no género masculino. Por outro lado, os achados deste estudo, corroboram os de D’souza et al (2019), em que a idade e o género não tiveram impacto no valor global do PSQI, durante o internamento.

Quanto ao estado civil, apesar de se observar um aumento do valor global da qualidade de sono no viúvo e divorciado/separado, as diferenças não foram significativas, sendo que o estado civil, também não tem influência sobre a qualidade de sono, durante o internamento.

Ao analisar-se a variável Habilitações Literárias/académicas, verificou-se que em relação ao Valor global da Qualidade de Sono esta variável não tem influência sobre a qualidade de sono durante o internamento. Contudo, quando analisamos os componentes, observa-se que para a Latência e Eficiência do sono, é pior para o 3º Ciclo. No estudo desenvolvido por Tegegne & Alemnew (2022), obtiveram uma pior qualidade de sono em participantes com escolaridade até ao ensino médio.

4. Conclusão

O presente estudo permitiu responder à questão de investigação, tendo-se verificado uma deterioração da qualidade de sono do domicílio para o internamento. Observou-se durante o internamento, uma diminuição do número de horas total de sono face ao recomendado, bem como uma diminuição da sua eficiência, o que se traduziu numa má qualidade de sono (PSQI>5) em 89% dos participantes.

A deterioração da qualidade do sono durante hospitalização pode trazer repercussões a nível físico, emocional e cognitivo, contribuindo para o atraso na recuperação do doente e prolongando tempos de internamento, pelo que se deverá dar mais atenção a este temática por parte dos profissionais de saúde.

Neste estudo, verificou-se que não existe relação entre as variáveis sociodemográficas, idade, género, estado civil e habilitações académicas com a qualidade de sono do doente cirúrgico.

Como reflexões finais sobre a investigação realizada, reitera-se que desde o início da conceptualização do estudo, houve preocupação em desenvolver um trabalho metodológico rigoroso. Contudo, assume-se como limitações do presente estudo, o baixo n da amostra, comparativamente ao n de doentes internados para realização de procedimentos cirúrgicos em igual período, bem como a não homogeneidade da amostra quanto ao tipo de cirurgia realizada.

Como aspetos positivos no estudo salientam-se os seguintes: O sono é fundamental para o equilíbrio físico, psicológico e emocional da pessoa, sendo o responsável pela regulação homeostática do organismo do ser humano. A hospitalização pode conduzir a perturbações do sono, que se traduzem num sono de má qualidade. Com este estudo, pretendeu-se avaliar a qualidade de sono do doente cirúrgico comparando-a com a existente no domicílio. Constatou-se a existência de poucos estudos sobre a temática a nível internacional e principalmente nacional, o que torna esta pesquisa pertinente.

É crucial a consciencialização dos profissionais para a qualidade de sono existente a nível hospitalar, de forma a que se desenvolvam estratégias e intervenções, capazes de reduzir as perturbações do sono. Para uma melhor compreensão da má qualidade do sono do doente cirúrgico durante o internamento, sugere-se a realização de estudos que determinem quais os factores que lhe estão associados.

Referências Bibliográficas

- Barbosa, L., Silva, J., Almeida, A., Leroy, P., Vieira, M. (2018). Ansiedade, depressão, e qualidade do sono no pós-operatório mediato de cirurgia oncológica. *Rev. Brasileira Pesq. Saúde*, 20 (4): 71-82.
- Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., Kupfer, D., (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice research. *Psychiatry Research*, 28 (2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- D'Souza, O., Alvares, I., Baliga, M. (2019). Factors Affecting Quality of Sleep in Hospitalized Patients: A Cross-sectional Survey in a Tertiary Care Hospital. *Indian Journal Med Spec.*, 10, 201-6. DOI: 10.4103/INJMS.INJMS_17_19
- Gomes, S. (2020). Introdução. In: Almeida, B., Machado, C., Fragoeiro, C., Gomes, S. *A Ciência do Sono: da fisiologia à (psico) patologia*. (1ª Edição, Cap. II, p.48-59) Parsifal.
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2000). *Statistics for the behavioral sciences* (5th ed). Belmont, CA: Wadsworth
- Guimarães, R. C. e Sarsfield Cabral, J. A. (2010). *Estatística*, 2ª Edição. Verlag Dashöfer
- Hillman, D. (2021). Sleep loss in the hospitalized patient and its influence on recovery from illness and operation. *Anesthesia & Analgesia*, 132 (5), 1314-1320. DOI:10.1213/ANE.0000000000005323
- João, K., Becker, N., Jesus, S., Martins, R., (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Research*, 247, 225–229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- Kandel, E., Schwartz, J., Jessell, T., (2000). *Princípios da neurociência: O sono e sonhos* (4ª ed., Cap 47, p936-947). Manole.
- Lima, R., Landim, M., Ferreira, L., Pinto, J., Moura, N., & Barbosa, M. (2022). Subjective sleep pattern in hospitalized patients. *Sleep science*, 15(1), 120–127. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20220010>
- Melo, R., Costa, A., Nascimento, R., Jesus, R., Fortes, J., Medeiros, D., Silva, P., Silva, U., Melo, M., Costa, E., Borges, D. (2019). Qualidade do sono de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 25(1), 7-12.
- Morse, A., Bender, E. (2019). Sleep in Hospitalized Patients. *Clocks&Sleep*, 1, 151–165. <https://doi.org/10.3390/clockssleep1010014>

- Murteira, B., Ribeiro, C., Silva, J. & Pimenta, C. (2001). *Introdução à estatística*. Lisboa: McGraw-Hill
- Patel, A. K., Reddy, V., & Araujo, J. F. (2022). Physiology, Sleep Stages. StatPearls Publishing. Recuperado Setembro 1, 2022, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526132/>
- Pinto, J. (2014). Estudo da qualidade do sono dos pacientes internados no serviço de cirurgia e de medicina interna do Centro Hospitalar Cova da Beira. [Dissertação de Mestrado, Faculdade Ciência da Saúde]. Repositório Digital da UBI. <https://ubiblorum.ubi.pt/handle/10400.6/4894>
- Rodrigues, M., Nina, S., & Matos, L. (2014). Como dormimos? – Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 30(1), 16–22. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i1.11239>
- Silva, V., Freitas, R., Rodrigues, E. (2021). Qualidade do sono em pacientes adultos internados na unidade de terapia intensiva. *Rev. Científica em Enfermagem*, 11(36), 575-585. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.575-585>
- Singh, S., Sharma, S., Bishnoi, S., Saini, S., Jose, S., Sharma, R., Jelly, P. (2021). Sleep Quality Index and Factors Influencing Sleep of Patients in Tertiary Care Hospital: A Cross-Sectional Study. *Sleep Vigilance*, 5(2):259–66. <https://doi.org/10.1007/s41782-021-00157-1>
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd edn). Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum
- Tegegne, S., Alemnew, E. (2022). Postoperative poor sleep quality and its associated factors among adult patients: A multicenter cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 74. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103273>
- Valido, R., Gomes, S., (2020). Neurobiologia do Sono. In: Almeida, B., Machado, C., Fragoeiro, C., Gomes, S. *A Ciência do Sono: da fisiologia à (psico) patologia*. (1ª Edição, Cap. I, p.23-33) Parsifal.
- Zamora, F. (2022). *Avaliação da qualidade de sono em pacientes internados em um hospital no sul de Santa Catarina*. [Trabalho Conclusão de Curso – Medicina, UNISUL], RUNA, Repositório Universitário da Ânima.

Considerações Finais

Terminada a redação deste relatório, relativamente à aquisição de competência específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, considero que os campos de estágio permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências técnicas, científicos e relacionais.

A nível técnico por todos as técnicas inerentes ao cuidado do doente crítico, desde a administração e gestão de regimes terapêuticos complexos, à realização de procedimentos independentes e interdependentes necessários à estabilização e manutenção das funções vitais da pessoa em situação crítica. A nível científico pela formação e pesquisa da melhor evidência científica, para poder acompanhar os cuidados diferenciados e diversificados prestados, permitindo cuidar do doente crítico com maior autonomia e competência.

A nível relacional é de ressaltar a comunicação com o doente crítico e sua família, o proporcionar de um ambiente calmo e acolhedor e o esclarecimento de dúvidas e anseios procurando minimizar o ambiente físico agressivo, tão característico destes serviços. É de realçar também a adoção de uma postura assertiva e colaborativa com toda a equipa multidisciplinar, contribuindo o mais possível para o processo de trabalho e de aprendizagem.

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019) diz-nos que o enfermeiro especialista tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de apreciação clínica e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Compreendi a importância do Enfermeiro Especialista num serviço de urgência e num serviço de medicina intensiva, exigindo-se-lhe um amplo conhecimento científico, técnico e relacional, necessários para identificar, planear e intervir de maneira a dar respostas às necessidades específicas dos doentes em situação crítica.

Relativamente à componente de investigação, veio expor a problemática da qualidade de sono dos doentes durante o internamento, particularmente do doente cirúrgico. Considero ser um passo importante para que se desenvolvam ações futuras de modo reduzir possíveis fatores associados à má qualidade de sono.

Referências Bibliográficas – Componente Clínica

- Andrade, B., Barros, F., Lúcio, H., Campo, J., Silva, R. (2019). Formação dos enfermeiros intensivistas para manejar hemodiálise contínua: condição latente à segurança. *Rev Bras Enfermagem*, 72(1):112-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0013>
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2022). Cadernos Técnicos PROCIV: Manual de apoio à elaboração e operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil. Disponível em: http://www.prociv.pt/bk/EDICOES/CADERNOSTECNICOS/Documents/CT_3_Planos_Emergencia_2022.pdf
- Castro, A., Arboit, É., Ely, G., Dias, C., Arboit, J., & Camponogara, S. (2019). Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 32. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8668>
- Costa, F., Torres, R., & Sousa, C. (2022). Triage de Manchester: Percepções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21028. <https://doi.org/10.12707/RV21028>
- Davies, T. W., Ostermann, M., & Gilbert-Kawai, E. (2019). Renal replacement therapy for acute kidney injury in intensive care. *British Journal of Hospital Medicine*, 80(8), C124–C128. <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.80.8.C124>
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2022). Guia orientador dos Estágios: 8ºCMEMC e 9ºCPLEEMC. Viseu
- Gonçalves, S. & Carmo, T. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1). Doi: <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Grupo Português de Triage (2010). Triage no serviço de urgência: manual do formando. 2ª Edição
- Grupo Português de Triage (2023). *Sistema de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Manual de Abordagem à vítima*. 1ª Edição.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. 1ª Edição.

Jesus, E., Roque, S., Araújo, B. (2022). Ambiente de prática de enfermagem e gestão. In: Parreira, P. Castilho, A., Rocha, A. (coords). *Gestão nas organizações de saúde (volume3)*. (1ª edição, Cap. 5, pp 173-210). FIG - Indústrias gráficas, S.A.

Lima, M. & Manchola-Castillo, C. (2021). Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”. *Revista Bioética* 29 (2): 268-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021292464>

Lobato, T., Garla, P. (2020). Monitoramento da terapia nutricional enteral em doentes críticos no Brasil: uma revisão. *BRASPEN J*, 35 (2): 166-70

Maingué, P., Sganzerla, A., Guirro, U., Perini, C. (2020). Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. *Revista Bioética*, 28 (1): 135-46. Doi: 10.1590/1983-80422020281376

Martini, J., Lazzari, D., Backes, V., Oliveira, S., Lino, M. (2022). Formação: autoformação e desenvolvimento de competências profissionais. In: Parreira, P. Castilho, A., Rocha, A. (coords). *Gestão nas organizações de saúde (volume2)*. (1ª edição, Cap. 7, pp 268-281). FIG - Indústrias gráficas, S.A.

Martins, M., Ribeiro, O., Bastos, A. (2022). Formação em serviço. In: Parreira, P. Castilho, A., Rocha, A. (coords). *Gestão nas organizações de saúde (volume2)*. (1ª edição, Cap. 6, pp 231-267). FIG - Indústrias gráficas, S.A.

Melo, R., Rocha, M., Parreira, P. (2022). Logística aplicada aos serviços de saúde. In: Parreira, P. Castilho, A., Rocha, A. (coords). *Gestão nas organizações de saúde (volume3)*. (1ª edição, Cap. 8, pp 296-335). FIG - Indústrias gráficas, S.A.

Miguel, P. & Mendes, F. (2020). Ventilação mecânica. In: Pinho, J., Sequeira, M. (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos* (Cap. 11, p.137- 150). Lidel

Monte, R. (2020). Sedação e analgesia no doente crítico. In: Pinho, J. (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos* (Cap. 8, p.108- 116). Lidel

Nunes, L., & Amaral, G.(2022). Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem.

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Edição da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, II(135), pp. 19359-18370. Acedido em
<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II(26), pp. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Parreira, P., Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., Oliveira, A. (2022). Métodos de trabalho para prestação de cuidados de enfermagem. In: Parreira, P. Castilho, A., Rocha, A. (coords). *Gestão nas organizações de saúde* (volume2). (1ª edição, Cap. 3, pp 147-193). FIG - Indústrias gráficas, S.A.
- Pereira, F., Siqueira-Batista, R., Schramm, F. (2021). Internação em terapia intensiva: aspectos éticos da tomada de decisão. *Revista Bioética*, 29 (1): 36-43.
<https://doi.org/10.1590/1983-80422021291444>
- Pinheiro, A., Marques, R. (2019). Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*, 31(4). DOI: 10.5935/0103-507X.20190070
- Pinto, C., Gomes, T., Pires, C., Duarte, F., Mota, L. Príncipe, F. (2021). Factores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência. *Revista de Investigação & Inovação em saúde*, 4(2). DOI: <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.147>
- Portugal, Despacho n.º 9390/2021. (2021, Setembro 24). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República* n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, pp. 96 – 103.
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Portugal, Lei n.º 80/2015 (2015, 3 agosto 3). Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, I (149). Acedido em:

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2391&pagina=1&ficha=1

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2003). *Circular normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. DGS (2003).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2015). Rede de Referência de Cardiologia: Proposta de Atualização. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-cardiologia-v.2015.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2017a). Circular normativa nº 001/2017 de 8/02/2017: comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS (2017a). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2001) - Rede de referência Hospitalar de Urgência e Emergência. Disponível em: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Circular Normativa nº 029/2012, (29/12/2012). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2017b). *Circular Normativa nº 015/2017 de 13/07/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral do Adulto*. DGS (2017b). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2017c). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. DGS (2017c). Acedido em: https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2019). Circular normativa nº 07/2019, de 16/10/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2022a). Circular Normativa 021/2015, atualizada a 17/11/2022: Feixe de Intervenções” para a Prevenção da

Pneumonia associada à Intubação. DGS (2022a). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2022b). Circular Normativa 022/2015, atualizada a 29/08/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. DGS (2022b). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Radaelli, C., Kunz, C., Arlete, E., Pissaia, L. (2019). O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 8 (6). DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i6.1057>

Raja, S., Carr, D., Cohen, M., Finnerup, N., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F., Mogil, J., Ringkamp, M., Sluka, K., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T., Vader, K. (2020). The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 161(9): 1976–1982. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939

Ramos, S. & Cunha, M. (2022). Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR. *Servir*, 2(03). Disponível em: <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>

Ramos, S., Sales, L., Barroso, F. (2021). Segurança do doente: princípios e conceitos. In: Barroso, F., Sales, L., Ramos, S. *Guia Prático para a segurança do doente*. (Cap1, pp3-10). Lidel

Sabeh, A., Silva, D., Wysocki, A., Santos, M., Barcelos, L., & Santos, E. (2023). (Des)conhecimento de enfermeiros no manejo da ventilação mecânica invasiva: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97(1), e023021. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1569>

Silva, J., Castro, C., Castilho, C., Melo, E., Carneiro, G., Faria, M., Rezende, P., Guirelle, Y., Nascimento, T. (2021). Manejo da lesão renal aguda: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(5). DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e7072.2021>

Silva, P., Santos, A., Rodrigues, B., Novi, B., Ramos, D., Rocha, P., Cruz, P., Pereira, L. (2019). Aspectos epidemiológicos, clínicos e assistenciais da monitorização hemodinâmica invasiva: uma revisão bibliográfica. *Journal Manag Prim Health Care*, 10:e1. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v10i0.334>

- Teixeira, A., Figueiredo, A. (2020). Qualificação para uma prática de sucesso: Investigação e Prática baseada na evidência. In: Pinho, J. (2020). Enfermagem em cuidados intensivos (Cap. 2, p.8- 24). Lidel
- Viana, J., Balinha, J., Afonso, C. (2017). Monitorização do volume de resíduo gástrico no doente crítico. *Acta portuguesa de nutrição* 10, 38-42.
<https://dx.doi.org/10.21011/apn.2017.1006>
- Wolff, L., Ferreira, M., Seiffert, L. (2022). Sistemas de gestão em serviços de saúde: Organização e funcionamento. In: Parreira, P. Castilho, A., Rocha, A. (coords). Gestão nas organizações de saúde (volume3). (1ª edição, Cap. 1, pp 75-97). FIG - Indústrias gráficas, S.A.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Projeto Implementação Via Verde Trauma



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª ed.
Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 9ª ed.

Via Verde Trauma - Projeto de implementação
Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Ana Cascais
Isabel Moreira
Joana Silva
Vera Ferreira

Janeiro 2023



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª ed.
Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 9ª ed.

Via Verde Trauma - Projeto de implementação

Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Ana Cascais
Isabel Moreira
Joana Silva
Vera Ferreira

**Trabalho de projeto elaborado no âmbito do Estágio em contexto de Urgência
Geral, a decorrer no Centro Hospitalar Tondela Viseu.**

Elaborado sob a orientação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-
Cirúrgica: Albino Alberto, Carolina Costa, Cláudia Madeira, João Consciência,
Natália Figueiredo, Octávio Duarte, Regina Mendonça e Rosário Pereira.
Professora Doutora Madalena Cunha

Janeiro 2023

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	7
Lista de Siglas e acrónimos	9
Introdução	11
1. Via Verde Trauma	12
1.1. Avaliação e Referenciação da Vítima de Trauma	15
2. Projeto de implementação via verde trauma	16
Referências bibliográficas	23
Anexos	25
Anexo I – Via Verde Trauma	27
Anexo II – Avaliação Inicial: Princípios de Tratamento	29
Anexo III – Atitudes adjuvantes da Avaliação Inicial	31
Anexo IV – Avaliação secundária (<60 minutos) - princípios de tratamento	33

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Critérios de Ativação da VVT.....	17
Tabela 2 - ABCDE	21

Lista de Siglas e acrónimos

CHTV	Centro Hospitalar Tondela Viseu
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CT	Centros de Trauma
DGS	Direção Geral de Saúde
ECG	Eletrocardiograma
ET	Equipas de Trauma
FC	Frequência cardíaca
GCS	Escala de Coma de Glasgow
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
PAM	Pressão arterial média
SAV	Suporte Avançado de Vida
SE	Sala de Emergência
SpO ₂	Saturação Periférica de oxigénio
SU	Serviço de urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUP	Serviço de urgência polivalente
TA	Tensão arterial
TPC	Tempo de preenchimento capilar
TVM	Traumatismo vertebro medular
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VVT	Via Verde Trauma

Introdução

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 8ª ed. e do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica 9ª ed. da Escola Superior de Saúde de Viseu, a decorrer no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), durante o período de 28 de novembro 2022 a 10 de fevereiro de 2023, foi-nos proposto desenvolver um projeto de implementação para a Via Verde Trauma (VVT) no SUP do CHTV.

O Trauma é um problema de saúde pública, que constitui a principal causa de morte e morbilidade em todo o mundo, incluindo Portugal, sendo os acidentes de viação a principal causa de morte por trauma. Anualmente, a nível mundial, aproximadamente 1,3 milhões de pessoas morre em resultado de acidentes de viação e, cerca de 20 a 50 milhões de pessoas ficam com lesões incapacitantes (Organização Mundial de Saúde, 2022).

O trauma constitui um desafio permanente, com múltiplas implicações para a sociedade, ao nível clínico, social e económico. Neste sentido, mostra-se necessária uma abordagem integrada e estruturada, através da implementação de mecanismos de prevenção, tratamento e acompanhamento dos efeitos do trauma, no âmbito da saúde (Portugal, Despacho n.º 2534/2021).

Foi realizada consulta da legislação portuguesa e da evidência científica disponível sobre a temática em questão, e após aprovação do Enfermeiro Chefe elaborámos o “Via Verde Trauma – Projeto de implementação”, que tem por base a Norma n.º 012/2022, de 18 de Novembro de 2022 - Via Verde do Trauma no Adulto da Direção Geral de Saúde (DGS).

O projeto está estruturado em dois capítulos. No primeiro capítulo faz-se a abordagem à VVT, na qual se inclui a evolução da implementação da VVT em Portugal, a estrutura organizacional da VVT, e a referenciação e avaliação das vítimas de trauma. No segundo capítulo encontra-se a proposta de protocolo de implementação da VVT no CHTV.

1. Via Verde Trauma

A causa de trauma mais prevalente no Serviço de Urgência (SU) do CHTV, de janeiro a junho de 2020, foi o acidente de viação com automóvel (67,9%), seguido do acidente de motociclo (19,9%) (Trigo et al., 2022). Quanto à natureza do acidente, prevaleceu o despiste de automóvel e a colisão carro-carro (*idem*).

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

Como resposta ao crescente problema de trauma, em 2009, foram emanadas orientações/diretrizes pela Organização Mundial da Saúde em colaboração com Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos e com a Sociedade Internacional de Cirurgia, para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma, orientados para a melhoria dos cuidados assistenciais às pessoas vítimas de trauma.

A nível nacional, foi publicado pela Ordem dos Médicos (2009), o manual “Normas de Boa Prática em Trauma” onde constam os princípios gerais da abordagem no atendimento ao trauma, a organização e as boas práticas. Para além disso, este documento alerta para a importância da atualização da rede de referência de urgência e emergência médica nacional, manifestando a importância dos centros de trauma (CT) com equipas de trauma (ET) especializadas na abordagem da pessoa vítima de trauma, bem como da importância da criação de um sistema de informação integrado.

Em 2010, a Direção Geral de Saúde (DGS), emitiu a circular normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010, para a organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. De acordo com a circular normativa, a Via Verde Trauma (VVT) deveria ser instituída em todas as unidades de saúde com serviço de urgência, explicitando cinco pressupostos: Critérios de ativação da ET (Triagem); Existência de ET organizada, com coordenador definido; Registos; Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos); Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora).

Em 2017, com o Despacho n.º 8977/2017, de 11 de outubro, foi constituída a Comissão Nacional de Trauma, com o objetivo fomentar a divulgação e implementação de normas de boa prática em trauma, valorizando o delineado e definido por organismos tecnicamente competentes a nível nacional e internacional.

Recentemente a DGS, publicou a Norma n.º 012/2022 de 18 de Novembro de 2022, relativa à VVT no Adulto, na qual são definidos os procedimentos para aumentar o acesso das vítimas ao tratamento adequado e diminuir a mortalidade.

A VVT pode ser definida como “o conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma major” (DGS, 2022, p.13). Trauma Major é aquele que implica ativação da ET, em qualquer nível de atendimento da vítima de trauma, correspondendo ao doente que previsivelmente necessitará (logo que possível) de apoio a nível dos cuidados intensivos/ *Injury Severity Score* (ISS) ≥ 16 (DGS, 2022).

Um estudo qualitativo, exploratório elaborado por (Almeida et al., 2020, pp.55-56), cujo objetivo foi explorar as dificuldades de implementação da VVT e os ganhos em saúde que esta via verde traz na perspetiva do enfermeiro, identificaram a deteção precoce de doente potencialmente de risco, a realização de exames complementares de diagnóstico de forma rápida e sistematizada e a atuação segura, confiante e organizada da equipa de enfermagem como principais vantagens da implementação da VVT.

O mesmo estudo aponta o desconhecimento em geral dos profissionais de saúde em relação à VVT, os custos associados à sua implementação e a motivação da equipa e os conflitos interprofissionais como os principais fatores barreira à implementação da VVT.

O presente projeto, fundamentado na Norma n.º 012/2022, de 18 de Novembro de 2022 - Via Verde do Trauma no Adulto da DGS, tem como objetivo a elaboração de um projeto de implementação da Via Verde Trauma no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do CHTV.

A. Organização da rede de trauma no Serviço Urgência Polivalente

Todos os SU da Rede de Trauma devem ter uma ET imediatamente disponível, constituída por um chefe médico da ET e diversos profissionais de saúde previamente definidos (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022):

14

- Médico Coordenador da ET
- Médico de Medicina Interna
- Médico Medicina Intensiva
- Médico Imunohemoterapeuta
- Médico Anestesiologista
- Médico Cirurgião-Geral
- Médico Ortopedista
- Médico Neurocirurgião
- Médico Radiologista
- 2/3 Enfermeiros
- Assistente Operacional (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2010, Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010).

B. A formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) deve ser obrigatória para todos os médicos e enfermeiros da ET e deve ser apoiada em cursos certificados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A formação avançada em trauma deve ser apoiada em cursos de trauma reconhecidos pelas sociedades científicas da área, sendo a formação básica da responsabilidade de cada instituição, de acordo com as necessidades institucionais.

C. A informação verbal e a documentação devem utilizar as mnemónicas AT-MIST (Idade, Hora do acidente, Mecanismo do incidente, Lesões esperadas, Sinais e sintomas e Tratamentos), SBAR (Situação, História clínica, Avaliação e Recomendações) e ABCDE (via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição), e incluir, pelo menos:

- a) Dados demográficos da vítima de trauma (idade, sexo, comorbilidades);
- b) Dados do acidente (mecanismo de lesão, causa externa, intenção de lesão, hora do acidente);

c) Dados clínicos (sinais vitais no local, traumas suspeitos, tratamentos efetuados);

d) Dados do transporte (variação dos sinais vitais, intercorrências).

1.1. Avaliação e Referenciação da Vítima de Trauma

A. No SUP, a ET deve:

- Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma;
- Realizar a avaliação secundária;
- Avaliar a necessidade de transferência para outro ponto da RT, nos termos do ponto 33 da Norma nº 12/2022, 18 de novembro;
- Se necessário, efetuar o transporte para o ponto da rede de trauma mais adequado (em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)), depois da estabilização inicial e as medidas de controlo de dano.

B. No CT, a ET deve ter capacidade para, além de fazer a avaliação inicial e secundária da vítima de trauma, prestar os cuidados com vista ao tratamento definitivo.

C. A avaliação inicial da vítima de trauma, seja em ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, deve obedecer à sequência “ABCDE”. Qualquer um dos níveis de atendimento definidos deverá completar a avaliação inicial nos primeiros 20 minutos após a chegada da ET (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022).

D. Os SU devem ter aviso prévio do transporte da vítima de trauma. Esse pré-aviso é da responsabilidade do CODU e deve ser feito para o Médico Residente da Sala de Emergência (SE), recorrendo aos números de telefone dedicados (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)(*idem*).

É o médico residente da SE que fará a primeira abordagem e que posteriormente contactará a equipa multidisciplinar.

2. Projeto de implementação via verde trauma

		
PROCEDIMENTO Encaminhamento de doentes vítimas de Trauma (VIA VERDE TRAUMA) no Serviço de Urgência Polivalente.		Documento n.º Versão n.º Data:
Aprovado:		Data de Aprovação:

TÍTULO: Projeto de Implementação da Via Verde Trauma

ÂMBITO: Aplica-se na abordagem dos utentes vítimas de trauma no serviço de Serviço de Urgência Polivalente do CHTV.

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO: Equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Polivalente

FUNDAMENTO: Uniformização do atendimento aos utentes vítimas de trauma no CHTV de forma a aumentar a sua acessibilidade e reduzir a mortalidade.

OBJETIVO: Orientar adequadamente os utentes vítimas de trauma, identificando de forma rápida e eficaz todas as vítimas de trauma major, de modo que sejam tratados rapidamente, potenciando a possibilidade de sobrevivência.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**1. Admissão/Avaliação da vítima de trauma** – a admissão destas vítimas pode ser:

- Transporte por equipas de emergência pré-hospitalar (referenciadas pelo CODU, acompanhadas pela equipa INEM/ Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)
- Serviço de Urgência Básica (SUB) / Referenciação de outras unidades de saúde
- Comunidade (transporte próprio)

2. Triage e Critérios de Ativação da Equipa de Trauma

A triagem é realizada pelo Enfermeiro, através da aplicação dos seguintes critérios de ativação da VVT, sendo que basta apenas um critério para efetivar a sua ativação.

Tabela 1 - Critérios de Ativação da VVT

Critérios de Ativação da VVT
Repercussões Fisiológicas da Lesão
Frequência Respiratória <10 ou > 29 Ciclos por minuto
SaO ₂ < 90% com O ₂ suplementar
PAS < 90mmHg
Escala de Coma Glasgow < 14 ou queda superior ou igual a 2 pontos desde o acidente
Anatomia da Lesão
Fratura do crânio com afundamento
Traumatismo vertebro-medular
Retalho costal móvel
Fratura de 2 ou + ossos longos (úmero, fémur, tibia)
Fratura instável da bacia
Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo
Amputação de membro ou parte deste, com potencial para reimplantação (viabilidade do segmento)

18

Queimaduras major: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5% (face, pescoço, tórax circunferenciais, mãos e pés)

Queimaduras com inalação

Mecanismo da Lesão

Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ou cotovelo e ou joelho

Qualquer mecanismo com projeção da vítima

Encarceramento físico ou mecânico (mais de 30 minutos)

Quedas superiores a 6 metros

Evento multi-vítimas (5 ou mais vítimas)

Enforcamento, submersão ou afogamento

Nota: Deve ainda verificar-se a eventual existência de comorbilidades importantes associadas e idade superior a 65 anos, situações em que deverá ser ponderada a ativação da equipa, mesmo em casos, aparentemente, menos graves.

Estes critérios são quase sobreponíveis aos níveis vermelho e laranja da Triagem de Manchester.

As vítimas que apresentem critérios deverão ser incluídas na VVT, sendo estas ativadas e encaminhadas para a SE/Sala de Trauma (Anexo I).

O enfermeiro da triagem contacta a equipa da SE, e orienta os bombeiros para a mesma. Caso a vítima tenha vindo em viatura própria, o Assistente Operacional de apoio à triagem levará a vítima de trauma até à SE.

A vítima de trauma que não cumpra nenhum destes critérios deve ser avaliada pelo método da Triagem de Manchester e encaminhada para a Área Cirúrgica/ Pequena Cirurgia, com a prioridade respetiva.

3. Abordagem e Tratamento da vítima de trauma: Sala de Emergência/Sala de Trauma

O *Médico Residente da SE* – Avalia a vítima, valida a sua inclusão na Via Verde Trauma, ativa os restantes membros da Equipa de Trauma, necessários à avaliação primária e secundária da vítima:

- Médico Cirurgião Geral,
- Médico Ortopedista,
- Médico Medicina Interna,
- Médico Medicina Intensiva,
- Médico Anestesiologista,
- Médico Neurocirurgião,
- Médico Radiologista
- Médico Imunohemoterapeuta

A **avaliação primária** da vítima deve obedecer à sequência “ABCDE” (Anexo II), a qual permite de forma sequencial e por ordem de importância, identificar e corrigir as situações que ameaçam a vida e, deve ser assegurada nos primeiros 20 minutos. Nesta avaliação diferentes monitorizações, intervenções e tarefas devem estar a decorrer ao mesmo tempo, tendo o coordenador da ET a responsabilidade de partilhar a informação e decidir prioridades de tratamento e investigação.

Devem ser realizadas por rotina as atitudes adjuvantes da avaliação inicial (exames/procedimentos a realizar na SE ou serviço de imagiologia), sempre que é ativada a ET (Anexo III). (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022).

A **avaliação secundária** deve ser realizada após a estabilização inicial da vítima (avaliação inicial) e deve ser assegurada em 60 min (Anexo IV) (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) (*idem*). Deve-se proceder a uma avaliação minuciosa do doente a cada segmento corporal no sentido céfalo-caudal. De acordo com a Norma da DGS 012/2022, deve-se obter a história de como ocorreu o trauma, utilizando-se a mnemónica AMPLE:

20

Allergies – Alergias

Medications - Medicções

Past Medical History - Antecedentes pessoais patológicos, cirurgias e imunizações

Last Meal – Hora da última refeição

Events Preceding injury – Eventos relacionados com o trauma, mecanismo de lesão, avaliação e tratamento no local do acidente, tempo decorrido deste o acidente até à chegada do INEM.

O Coordenador da ET efetua os registos clínicos, assim como, os pedidos de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (que devem ser sinalizados como urgentes), em colaboração com a restante Equipa de Trauma.

O Enfermeiro:

- Identifica as necessidades da pessoa, assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes do trauma, procedendo à avaliação da vítima seguindo a sequência “ABCDE”.
- Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações.
- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos e faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa vítima de trauma, otimizando as respostas.
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, efetuando uma gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa vítima de trauma.
- Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime, se for o caso.
- Assegura meios de evacuação e transporte;
- Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa e efetua os registos de enfermagem (Portugal, Regulamento n.º 140/2019; Portugal, Regulamento n.º 429/2018).

Tabela 2 - ABCDE

A	Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical Se ventilação ruidosa: colocar adjuvante da via aérea. Se Escala de Coma de Glasgow (GCS) ≤ 8: colaborar na abordagem avançada da Via Aérea
B	Assegurar Ventilação e Oxigenação Monitorizar Saturações periféricas de oxigénio (SpO₂). Administrar oxigénio adicional (procurar manter SpO₂ $\geq 95\%$). Avaliar ritmo ventilatório, expansão torácica bilateral, esforço, deformidades/crepitações da parede torácica.
C	Assegurar circulação com controlo de hemorragia Identificar e controlar hemorragias externas. Monitorizar: ritmo eletrocardiograma (ECG), frequência cardíaca (FC), Tensão arterial (TA). Avaliar pulsos radiais e femorais, (tempo de preenchimento capilar (TPC), coloração da pele. Colocar 2 acessos venosos e colher de sangue para análise (incluindo tipagem). Administrar fluidoterapia (se hemorragia não controlada manter pressão arterial média (PAM) [40,60] mmHg ou TA Sistólica [80,90] mmHg). Iniciar estabilização de fraturas e antecipar necessidade de intervenção cirúrgica.
D	Avaliar estado neurológico Avaliar tamanho, simetria e reatividade pupilar. Avaliar estado de consciência (GCS). Avaliar sinais focais bilateralmente (força muscular e déficits sensório-motores), nível de lesão - traumatismo vertebro medular (TVM). Avaliar glicemia capilar.
E	Exposição com controlo da temperatura Expor a vítima, removendo a sua roupa, e identificar outras lesões. Prevenir hipotermia Garantir a privacidade e dignidade da vítima

22

O *Assistente Operacional* – Colabora em todas as funções sob orientação do enfermeiro.

A *Equipa de Imagiologia* deve priorizar a realização dos exames complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

4. Transporte Intra-Hospitalar

A execução de alguns meios complementares de diagnóstico condiciona a deslocação da vítima de trauma para fora da SE, o que comporta riscos, obrigando à planificação adequada do transporte.

O Coordenador/ Um médico da ET, o Enfermeiro e o Assistente Operacional acompanham a vítima à realização dos exames complementares de diagnóstico.

Referências bibliográficas

- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma, *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- Emergency Nurses Association. (2019). *Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide.*
<https://www.ena.org/education/tccc>
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma.* Ordem dos Médicos.
<https://ordemosmedicos.pt/normas-de-boa-pratica-em-trauma/>
- Organização Mundial de Saúde (2022). *Road traffic injuries.* Recuperado Janeiro 18, 2023 em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- Organização Mundial de Saúde, Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos & Sociedade Internacional de Cirurgia. (2009). *Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma.* Distribuna Editorial.
- Portugal, Despacho n.º 2534/2021. (2021, março 5). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e determina as suas competências. *Diário da República*, 2(45), pp. 178-182.
<https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>
- Portugal, Despacho n.º 8977/2017. (2017, Outubro 11). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e designa os seus membros. *Diário da República*, 2(196), pp. 23038-23041.
<https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>

24

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). *Circular Normativa n.º 012/2022 de 18/11/2022: Via Verde Trauma no Adulto*. DGS.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. DGS. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf>

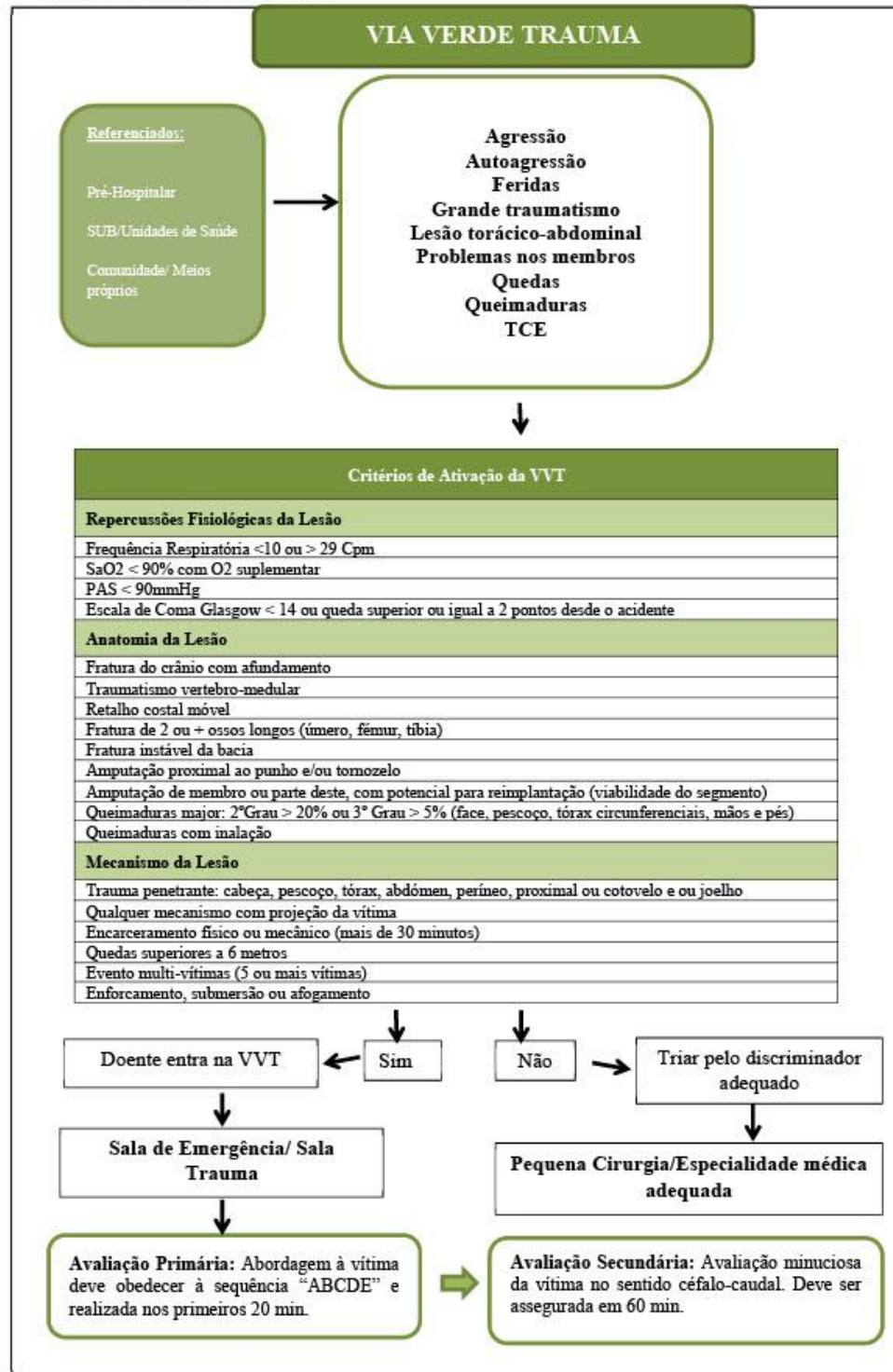
Portugal, Regulamento n.º 429/2018 (2018, julho 16). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2 (135) pp. 19362 – 19364. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Trigo, I., Coelho, M., & Ribeiro, O. (2022). Gravidade do trauma em vítimas de acidente de viação admitidas no serviço de urgência, *Servir*, 2(02), e25997. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>

Anexos

Anexo I – Via Verde Trauma



Anexo II – Avaliação Inicial: Princípios de Tratamento

Avaliação Inicial (<20min) Princípios de Tratamento	
Área	Procedimentos
A – Via Aérea e imobilização da coluna cervical	Avaliar e controlar a via aérea, com estabilização e imobilização total da coluna, a par do fornecimento de suplemento de oxigénio.
B – Ventilação e oxigenação	Avaliar e controlar a respiração, procedendo a entubação traqueal e ventilando, se necessário.
C – Circulação	Avaliar e controlar a função cardiovascular, parando a hemorragia externa e iniciando fluidoterapia judiciosa e ativando protocolos de hemorragia maciça se necessário. Diagnóstico de outras causas de choque
D – Disfunção neurológica	Avaliar e controlar a disfunção do sistema nervoso central utilizando preferencialmente a Escala de Coma de Glasgow
E – Exposição	Avaliação do ambiente externo, evitando a hipotermia.

Anexo III – Atitudes adjuvantes da Avaliação Inicial

Atitudes adjuvantes da Avaliação Inicial
Monitorização
Frequência respiratória
Oximetria de pulso
CO2 expirado em vítima de trauma ventilada
Eletrocardiograma e frequência cardíaca
Pressão arterial
Temperatura
Débito urinário
Rotinas e Colheitas Laboratoriais
Eletrocardiograma de 12 derivações
Gases do sangue
Monitorização de lactato sérico
Glicemia capilar
Hemograma com contagem de plaquetas
Estudo da Coagulação
Grupo de Sangue com provas cruzadas
Bioquímica
Alcoolémia
Pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso
β HCG – na vítima de trauma do sexo feminino até aos 50 anos
Algáliação, após avaliação perineal
Introdução de sonda gástrica, se indicado após avaliação da face e crânio
Imagiologia na sala de emergência

32

Radiografia antero-posterior do tórax

Radiografia da bacia

Ecografia Toraco-Abdominal ("FAST" ou "FAST EXTENDED")

TC crânio-encefálico

TC de toda coluna (Topograma) com complementos axiais e de reconstrução

TC Toraco-abdómino-pélvico com contraste e angio-TC

TC Maxilo-facial

RX/TC dos membros ou de outros segmentos corporais

TAC de corpo inteiro no trauma *major***Deve ainda decidir-se sobre:**Cirurgia emergente corretiva (se as condições clínicas da vítima de trauma o permitirem) ou cirurgia de controlo de danos (*Damage Control Surgery*)

Radiologia de Intervenção

Anexo IV – Avaliação secundária (<60 minutos) - princípios de tratamento

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA (< 60 minutos)
Avaliação secundária
Obtenção de história detalhada usando a mnemônica AMPLE
Exame físico completo, incluindo todas as regiões corporais: áreas facilmente esquecidas como o couro cabeludo, olhos (uso de lentes de contato ou óculos), o pescoço, o dorso e o períneo
Analgesia adequada
Profilaxia antibiótica, se indicada
Profilaxia antitetânica, se indicada
Análises clínicas complementares dirigidas à situação específica
Registos de dados que permitem a caracterização da situação (documentação)
Avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída
Identificação de problemas e definição de diagnósticos provisórios
Formulação de um plano de atuação incluindo o tratamento e encaminhamento da vítima de trauma
Deve ainda decidir-se sobre:
Realização de novos/outros exames complementares de diagnóstico
Cirurgia em segundo tempo (pelas razões anteriores ou outras)
Nível de observação / internamento
Avaliação da necessidade de transferência para outro ponto, nível superior, da rede de urgências.

Apêndice 2 - Protocolo de Isolamento de Proteção

 Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 1/4
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

1. Âmbito:

Aplicável no Serviço de Medicina Intensiva

2. Responsabilidade pela implementação

Equipa de Enfermagem

3. Fundamentos

O isolamento de proteção é aplicável em doentes susceptíveis a infeções. É utilizado como forma de minimizar o risco de infeção em doentes imunocomprometidos (contagem de neutrófilos < 500/mm³), como (CCI, 2011):

- Transplantados de medula;
- Neutropénicos febris;
- Doente com neutropenia prolongada > 7 dias.

4. Objetivos

Minimizar o risco de infeção em doentes susceptíveis

Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº0041 8ºCMEMC e 9ºCPLEEMC	Revisto por:
---	--------------

 Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 2/4
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

5. Descrição do procedimento

Isolamento de Proteção	
Quarto	Alocação de doentes em quarto individual. A porta e janela devem permanecer encerradas.
Sinalética	Sinalética para Isolamento de Proteção à entrada do quarto.
Precauções Básicas	Higienização das mãos efetuada de acordo com a metodologia dos 5 momentos para a higienização das mãos. Higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão no SMI. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação: • Higiene oral (com gluconato de clorohexidina a 0,2%) 3x/dia, durante o internamento; • Pressão cuff do tubo/cânula endotraqueal [20-30 cmH₂O], com monitorização 1x/turno; • Cabeceira elevada entre 30 a 45°
Equipamento de Protecção Individual (EPI's)	Uso EPI's: • Luvas • Bata • Máscara
Materiais e Equipamentos	Os materiais e equipamentos dedicados para uso exclusivo do doente.
Limpeza Ambiental	A limpeza diária da enfermaria deve ser sempre iniciada pelo quarto de isolamento protetor.
Transporte	A deslocação entre serviços/unidades de internamento ou para a realização de exames complementares de diagnóstico deve ser programada de modo a reduzir os períodos de espera e deve ser programado para o início das sessões.

Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº6041 8ºCMEMC e 9ºCPLEMC	Revisto por:
--	--------------

 Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 3/4
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ. ____	

Visitas	Não devem entrar no quarto se apresentarem sinais e/ou sintomas de infeção. Higienização das mãos antes de entrar e após sair do quarto. Colocação de bata limpa e luvas à entrada do quarto.
----------------	---

Fonte: Adaptado da Norma nº4/2011, da Comissão Controlo de Infeção do CHTV

Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº8041 8ºCMEMC e 9ºCPLEEMC	Revisto por:
---	--------------

 Unidade de Visu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Visu,EPE UCIP	ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 4/4
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

6. Legislação, ordem de serviço, bibliografia de suporte

Viseu, Centro Hospitalar Tondela Viseu, Comissão de Controlo de Infecção (2011). Política e Procedimentos de Isolamentos. Norma nº4/2011 (01/08/2011). CCI (2011).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Circular Normativa nº 029/2012, (29/12/2012). DGS (2012). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Norma clínica nº 021/2015 (17/11/2022). DGS (2022). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº6041 8ºCMEMC e 9ºCPLEMC	Revisto por:
--	--------------

Apêndice 3 - Protocolo de Isolamento de Contacto

 CENTRO HOSPITALAR Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	ISOLAMENTO CONTACTO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 1/8
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ. ____	

1. Âmbito:

Aplicável no Serviço de Medicina Intensiva

2. Responsabilidade pela implementação:

Equipe de Enfermagem

3. Fundamentos

O isolamento de contacto está indicado em doentes com infeção ou colonização por microorganismo com importância epidemiológica e que são transmitidos por contato direto ou indireto, cujo objetivo é a prevenção da transmissão destes microorganismos para outros doentes ou profissionais.

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) constituem um problema de saúde pública de importância crescente à escala mundial. As IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos e agravando os custos em saúde, como são responsáveis pelo aumento da morbilidade e da mortalidade. Estima-se que até 2050 se estas não forem controladas, mais 10 milhões de pessoas poderão morrer todos os anos (DGS, 2017a).

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são áreas de grande risco em termos de infeção associada aos cuidados de saúde, atendendo à vulnerabilidade dos doentes e à invasividade das intervenções. De acordo com um estudo realizado em 2012, no serviço de medicina intensiva, os agentes infecciosos implicados nas IACS mais frequentes foram: *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa* (CCI, 2013).

Staphylococcus aureus Resistente à Metilina (MRSA) constitui a infeção associadas a cuidados de saúde resistentes a antimicrobianos mais frequente no mundo e a *Klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenemos (KPC), tem tido um aumento de incidência expressivo em Portugal, entre 2015-2016 houve um aumento da sua incidência em 73% (DGS, 2015; DGS, 2017a), pelo que se dará destaque às suas especificidades.

4. Objetivos

Evitar a transmissão de microorganismo a partir de doentes infectados ou colonizados, para outros doentes, profissionais de saúde e visitas.

Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº6041 8ºCMEMC e 9ºCPLEMC	Revisto por:
--	--------------

 Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	ISOLAMENTO CONTACTO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 2/8
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

5. Descrição do procedimento

5.1. Isolamento de Contacto

Isolamento de contacto	
Quarto	Alocação de doentes em quarto individual/Coortes de doentes. A porta pode permanecer aberta.
Sinalética	Sinalética para precauções de Contacto à entrada do quarto ou barra da cama.
Precauções Básicas	Higienização das mãos efetuada de acordo com a metodologia dos 5 momentos para a higienização das mãos. Higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão no SMI. Bundle de prevenção da Pneumonia Associada à ventilação (PAV): • Higiene oral (com gluconato de clorohexidina a 0,2%) 3x/dia, durante o internamento; • Pressão cuff do tubo/cânula endotraqueal [20-30 cmH₂O], com monitorização 1x/turno; • Cabeceira elevada entre 30 a 45°
Equipamento de Protecção Individual (EPI's)	Uso EPI's: • Luvas • Bata • Máscara com protecção facial (viseira ou óculos) - Para procedimentos que produzam salpicos ou aerossóis, como a aspiração de secreções, manipulação da via aérea, execução de pensos ou mudança/despejo de sistemas de drenagem.
Materiais	e Os materiais e equipamentos dedicados para uso exclusivo do doente,

Elaborado por:
Ana Filipa Cascais nº8041 8ºCMEMC e 9ºCPLEMC

Revisto por:

 Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	ISOLAMENTO CONTACTO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 3/8
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ. ____	

Equipamentos	sempre que possível.
Limpeza Ambiental	Limpeza diária das superfícies de maior contacto e sempre que haja atividades de maior risco ambiental.
Transporte	A deslocação entre serviços/unidades de internamento ou para a realização de exames complementares de diagnóstico deve ser programada de modo a reduzir os períodos de espera e a roupa do doente e da cama deve ser mudada, para reduzir o risco de contaminação. Estes doentes deverão ser programados para o final das sessões. Uso de luvas e bata apenas de houver contacto direto.
Visitas	Higienização das mãos antes de entrar e após sair do quarto. Colocação de bata limpa e luvas à entrada do quarto.

Fonte: Adaptado da Norma nº4/2011, da Comissão Controlo de Infecção do CHTV

Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº8041 8ºCMEHC e 9ºCPLEEMC	Revisto por:
---	--------------

 Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	ISOLAMENTO CONTACTO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 4/8
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

5.2. Isolamento de contacto por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA)

Isolamento Contacto por MRSA	
Agente Infeccioso	<i>Staphylococcus aureus</i> é uma bactéria comensal que coloniza as narinas (reservatório primário), axilas, faringe, vagina e/ou superfícies cutâneas lesadas. Estima-se que possa colonizar a pele em até 30% dos indivíduos saudáveis.
Fatores de Risco	Uso de antibióticos nos seis meses anteriores; Internamentos nos 6 meses anteriores; Hemodiálise; Internamentos recentes em unidades de cuidados intensivos, unidades de internamento de cuidados continuados ou residências/lares de idosos; Presença de dispositivos invasivos e feridas crónicas; Colonização prévia por MRSA.
Rastreio	O rastreio deve ser realizado na admissão através de zaragatoa nasal e amostra de ferida cutânea (se existir). Doente deverá permanecer em isolamento de contacto até conhecimento do resultado da pesquisa.
Tipo de Isolamento	Iniciar medidas de Isolamento de Contacto referidas em 5.1.
Descolonização	Mupirocina a 2% pomada nasal (três aplicações diárias em ambas as narinas); Higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorhexidina a 2% (GCH) em toalhletes, pelo menos 5 dias; Higiene oral, pelo menos três vezes por dia com gluconato de clorhexidina a 0,2%, durante o internamento.

Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº6041 8ºCMEMC e 9ºCPLEMC	Revisto por:
--	--------------

 Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	ISOLAMENTO CONTACTO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 5/8
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ. ____	

Rastreios de Eficácia da descolonização	Realização de três rastreios de <i>follow-up</i>: o primeiro 48 horas após terminar o tratamento e restantes com intervalos semanais. - Se uma das zaragatoas nasais positiva, inicia o 2º e último ciclo de Mupirocina nasal associado a banho com toalhetes de GCH (5dias); - Após 2ª descolonização, se zaragatoa nasal positiva, parar o rastreio e manter medidas de isolamento até ao final do internamento.
--	--

Fonte: DGS (2015). Circular Normativa nº 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Metilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados.

Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº0041 8ºCMEMC e 9ºCPLEEMC	Revisto por:
---	--------------

 Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	ISOLAMENTO CONTACTO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 6/8
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

5.3. Isolamento de contacto por Carbapenemase de *Klebsiella pneumoniae* (KPC)

Isolamento Contacto por KPC			
Agente Infeccioso	Enterobactérias constituem uma vasta família de bactérias Gram negativas, comensais do intestino humano, de que são exemplos <i>Escherichia coli</i> (E. coli), <i>Klebsiella spp</i> , <i>Serratia spp</i> e <i>Enterobacter spp</i> , estando sobretudo implicadas em infeções urinárias, intra-abdominais ou bacteremias. As Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemos (ERC) constituem um subgrupo da família, dotadas de resistência aos antibióticos do grupo dos carbapenemos, entre as quais se destaca Carbapenemase de <i>Klebsiella pneumoniae</i> (KPC), a principal carbapenemase em Portugal e tem vindo a ganhar cada vez mais expressão, devido à sua maior taxa de transmissibilidade.		
Fatores de Risco	Colonização ou infeção por ERC nos últimos 12 meses; Uso de antibióticos nos seis meses anteriores; Internamentos nos 6 meses anteriores; Hemodiálise; Internamentos recentes em unidades de cuidados intensivos, unidades de internamento de cuidados continuados ou residências/lares de idosos; Presença de dispositivos invasivos e feridas crónicas; Imunossupressão e transplantação.		
Rastreio	O rastreio deve ser realizado na admissão através de zaragatoa retal utilizando técnica de zaragatoa humedecida, com introdução pelo menos 1 cm acima da linha de margem do ânus. Doente deverá permanecer em isolamento de contacto até conhecimento do resultado da pesquisa.		
Tipo de Isolamento	Iniciar medidas de Isolamento de Contacto referidas em 5.1.		
	Não existe evidência que suporte recomendações consensuais quanto à		
<table> <tr> <td>Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº6041 8ºCMEMC e 9ºCPLEEMC</td><td>Revisto por:</td></tr> </table>		Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº6041 8ºCMEMC e 9ºCPLEEMC	Revisto por:
Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº6041 8ºCMEMC e 9ºCPLEEMC	Revisto por:		

 Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	ISOLAMENTO CONTACTO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 7/8
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ. ____	

Descolonização	descolonização dos portadores de ERC, já que o reservatório natural é o intestino humano e não existe evidência de que a descontaminação intestinal seja apropriada.
Rastreio para levantamento do isolamento	Após realização de 3 exames retais negativos, separados por 48h, o isolamento poderá ser levantado se todos os estudos realizados forem negativos (retal, outros). Doentes confirmados como estando colonizados ou infetados por ERC deverão ficar em isolamento até ao final do internamento; Deverá ser mantido o isolamento em situações de colonização ou infeção prévia por ERC, mesmo perante testes de rastreio negativos, se estiverem mantidos fatores de risco como estomas, escaras, feridas ou incontinência.

Fonte: DGS (2017b). Recomendação: Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenems em hospitais de cuidados de agudos.

Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº0041 8ºCMEMC e 9ºCPLEEMC	Revisto por:
---	--------------

 Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	ISOLAMENTO CONTACTO	Elaborado em 27/ 03/ 2023	Folha 8/8
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

6. Legislação, ordem de serviço, bibliografia de suporte

Viseu, Centro Hospitalar Tondela Viseu, Comissão de Controlo de Infecção (2011). Política e Procedimentos de Isolamentos. Norma nº4/2011 (01/08/2011). CCI (2011).

Viseu, Centro Hospitalar Tondela Viseu, Comissão de Controlo de Infecção (2013). Vigilância epidemiológica na ucip: ano de 2012. CCI (2013).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Circular Normativa nº 029/2012, (29/12/2012). DGS (2012). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2015). Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Metilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Circular Normativa nº 018/2014, (27/04/2015). DGS (2015). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/12/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-metilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados/>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2017a). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. DGS (2017a). Acedido em: https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2017b). Recomendação: Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. DGS (2017b). Disponível em: <https://www.arscentro.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Norma clínica nº 021/2015 (17/11/2022). DGS (2022). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Elaborado por: Ana Filipa Cascais nº6041 8ºCMEMC e 9ºCPLEMC	Revisto por:
--	--------------

Apêndice 4 - Formação em Serviço: Projeto de Implementação VVT

07/02/2023



07/02/2023

Plano de Sessão				
Objetivo Geral	- Conhecer a proposta de Protocolo de Implementação da Via Verde Trauma para o CHTV, EPE			
Objetivos específicos	- Conceptualizar a Via Verde Trauma - Descrever os recursos humanos necessário à VVT - Identificar as diferentes etapas do fluxograma de ativação da VVT			
	Conteúdo	Método	Meios Auxiliares	Tempo
INTRODUÇÃO	- Introdução do tema - Justificação do mesmo e informar sobre o objetivo.	Expositivo	Computador Diapositivos Texto de apoio Bibliografia	3 min
DESENVOLVIMENTO	- Conceito de Trauma e Via Verde Trauma - Evolução da implementação da VVT em Portugal - Estrutura Organizacional da VVT - Vantagens e barreiras à implementação da VVT - Ativação e Referenciação da Vítima de trauma			30 min
CONCLUSÃO	- Reflexão			5 min

Introdução

O Trauma é um problema de saúde pública, que constitui a **principal causa de morte e morbilidade** em todo o mundo, incluindo Portugal, sendo os acidentes de viação a principal causa de morte por trauma

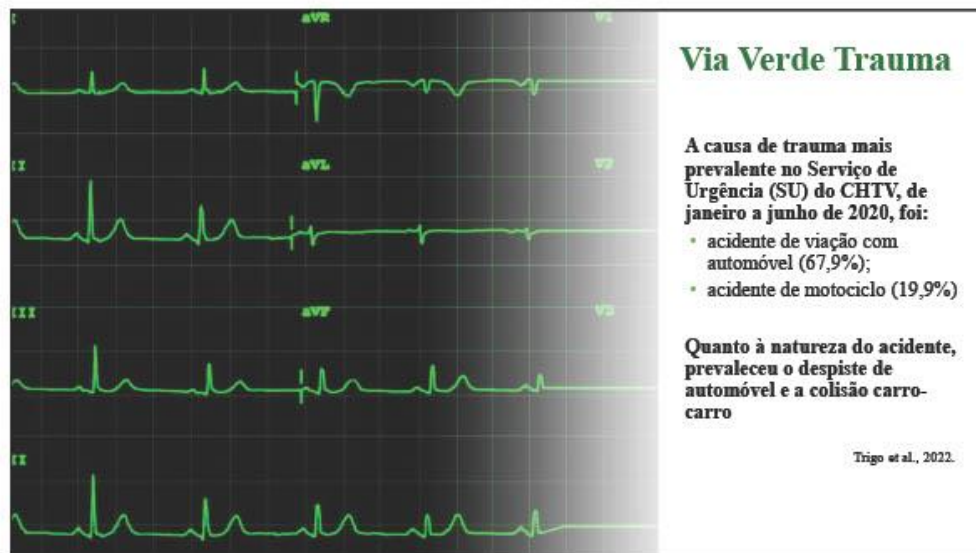
Anualmente, a nível mundial, aproximadamente **1,3 milhões de pessoas** morre em resultado de acidentes de viação e, cerca de **20 a 50 milhões de pessoas** ficam com lesões incapacitantes

Organização Mundial de Saúde, 2022. OMS, 2022.

O trauma constitui um **desafio permanente**, com múltiplas implicações para a sociedade, ao nível clínico, social e económico. Neste sentido, mostra-se necessária uma **abordagem integrada e estruturada**, através da implementação de mecanismos de prevenção, tratamento e acompanhamento dos efeitos do trauma, no âmbito da saúde.

Portugal, Despacho n.º 2534/2021

07/02/2023



Trauma: conceito

O trauma é descrito como um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo — como — prejudicial — fisicamente — ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual.

A Emergency Nurses Association, 2019.

07/02/2023

Enquadramento Histórico

2009

Organização Mundial da Saúde em colaboração com Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos e com a Sociedade Internacional de Cirurgia, emana orientações/diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma, orientados para melhorar os cuidados assistenciais às pessoas vítimas de trauma.

2009

Ordem dos Médicos publica o manual “Normas de Boa Prática em Trauma” onde constam os princípios gerais da abordagem no atendimento ao trauma, a organização e as boas práticas.

Enquadramento Histórico

2010

Direção Geral de Saúde (DGS), emite a circular normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010, para a organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado.

2017

Despacho n.º 8977/2017, de 11 de outubro, é constituída a Comissão Nacional de Trauma, com o objetivo fomentar a divulgação e implementação de normas de boa prática em trauma, valorizando o delineado e definido por organismos tecnicamente competentes a nível nacional e internacional.

18 de Novembro de 2022

DGS, publica a Norma n.º 012/2022, relativa à VVT no Adulto, na qual são definidos os procedimentos para aumentar o acesso das vítimas ao tratamento adequado e diminuir a mortalidade.

07/02/2023

Via Verde Trauma: conceito

Conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma major.

Trauma Major é aquele que implica ativação da Equipa de Trauma (ET), em qualquer nível de atendimento da vítima de trauma, correspondendo ao doente que previsivelmente necessitará (logo que possível) de apoio a nível dos cuidados intensivos/ *Injury Severity Score* (ISS) ≥ 16 .

DGS, 2022.

Via Verde Trauma: vantagens

Ganhos em saúde

Deteção precoce de doente potencialmente de risco

Realização de exames complementares de diagnóstico de forma rápida e sistematizada

Atuação segura, confiante e organizada da equipa de enfermagem

Almeida et al., 2020.

Via Verde Trauma: barreiras à implementação



Desconhecimento em geral dos profissionais de saúde em relação à VVT;

Custos associados à sua implementação;

Motivação da equipa e os conflitos interprofissionais.

Almeida et al., 2020.

A - Organização da Rede de Trauma no Serviço Urgência Polivalente

DGS
Norma n.º 012/2022
(18/11/2022)

Via Verde Trauma no Adulto

Todos os SU da Rede de Trauma devem ter uma ET imediatamente disponível (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação D) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022).

Constituída por profissionais de saúde previamente definidos:

- Médico Coordenador da ET
- Médico de Medicina Interna
- Médico Medicina Intensiva
- Médico Imunohemoterapeuta
- Médico Anestesiologista
- Médico Cirurgião-Geral
- Médico Ortopedista
- Médico Neurocirurgião
- Médico Radiologista
- 2/3 Enfermeiros
- Assistente Operacional

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2010, Circular Normativa n.º 07/DQ8/DQCO de 31/03/2010

07/02/2023

B. A formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) deve ser obrigatória para todos os médicos e enfermeiros da ET



A formação avançada em trauma deve ser apoiada em cursos de trauma reconhecidos pelas sociedades científicas da área.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

C. A informação verbal e a documentação devem utilizar :

Mnemónica AT-MIST (Idade, Hora do acidente, Mecanismo do incidente, Lesões esperadas, Sinais e sintomas e Tratamentos);

Mnemónica SBAR (Situação, História clínica, Avaliação e Recomendações) e

Mnemónica ABCDE (via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição), e incluir, pelo menos:

- a) Dados demográficos da vítima de trauma (idade, sexo, comorbilidades);
- b) Dados do acidente (mecanismo de lesão, causa externa, intenção de lesão, hora do acidente);
- c) Dados clínicos (sinais vitais no local, traumas suspeitos, tratamentos efetuados);
- d) Dados do transporte (variação dos sinais vitais, intercorrências).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

07/02/2023

Avaliação e Referenciação da Vítima de Trauma

A. No SUP, a ET deve:

- Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma;
- Realizar a Avaliação Secundária;
- Avaliar a necessidade de transferência para outro ponto da RT, nos termos do ponto 33 da Norma nº 12/2022, 18 de novembro;
- Se necessário, efetuar o transporte para o ponto da rede de trauma mais adequado (em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), depois da estabilização inicial e as medidas de controlo de dano.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

Avaliação e Referenciação da Vítima de Trauma

B. No CT, a ET deve ter capacidade para, além de fazer a avaliação inicial e secundária da vítima de trauma, prestar os cuidados com vista ao tratamento definitivo.

C. A avaliação inicial da vítima de trauma, seja em ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, deve obedecer à sequência “ABCDE”. Qualquer um dos níveis de atendimento definidos deverá completar a avaliação inicial nos primeiros 20 minutos após a chegada da ET (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

D. Os SU devem ter aviso prévio do transporte da vítima de trauma. Esse pré-aviso é da responsabilidade do CODU e deve ser feito para o Médico Residente da Sala de Emergência (SE), recorrendo aos números de telefone dedicados (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

07/02/2023

		
PROCEDIMENTO Encaminhamento de doentes vítimas de Trauma (VIA VERDE TRAUMA) ao Serviço de Urgência Polivalente.		Documento n.º Verde nº Data:
Aprovado:		Data de Aprovação:

• **TÍTULO:** Projeto de Implementação da Via Verde Trauma

• **ÂMBITO:** Aplica-se na abordagem dos utentes vítimas de trauma no serviço de Serviço de Urgência Polivalente do CHTV.

• **RESPONSABILIDADE** **PELA IMPLEMENTAÇÃO:** Equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Polivalente

• **FUNDAMENTO:** Uniformização do atendimento aos utentes vítimas de trauma no CHTV de forma a aumentar a sua acessibilidade e reduzir a mortalidade.

• **OBJETIVO:** Orientar adequadamente os utentes vítimas de trauma, identificando de forma rápida e eficaz todas as vítimas de trauma maior, de modo que sejam tratados rapidamente, potenciando a possibilidade de sobrevivência.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Admissão/Avaliação da vítima de trauma – a admissão destas vítimas pode ser:

- Transporte por equipas de emergência pré-hospitalar (referenciadas pelo CODU, acompanhadas pela equipa INEM/ Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER))
- Serviço de Urgência Básica (SUB) / Referenciação de outras unidades de saúde
- Comunidade (transporte próprio)

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

07/02/2023

2. Triagem e Critérios de Ativação da Equipa de Trauma:



Nota: Deve ainda verificar-se a eventual existência de comorbilidades importantes associadas e idade superior a 65 anos, situações em que deverá ser ponderada a ativação da equipa, mesmo em casos, aparentemente, menos graves

Critérios de Ativação da VVT
Repercussões Fisiológicas do Lesão
Frequência Respiratória <10 ou > 28 C/min por minuto
SaO ₂ < 90% com O ₂ suplementar
PAS < 90mmHg
Estado de Gama Glasgow < 14 ou queda superior ou igual a 2 pontos desde o admissão
Análise do Lesão
Fratura do crânio com enfardalhamento
Transtorno vertebro-estelar
Estabelecimento de lesão
Fratura de 2 ou + ossos longos (úmero, fêmur, tíbia)
Fratura torácica de bacia
Amputação proximal no membro superior ou inferior
Amputação de membro ou parte distal, com potencial para reimplantação (viabilidade do segmento)
Queimadura superficial: 2ª Grau > 20% ou 3ª Grau > 5% (face, pescoço, área de referência, nádegas e pé)
Queimadura com lesão
Mecanismos de Lesão
Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, pelvis, proximal ou distal e no joelho
Qualquer mecanismo com projeção da vítima
Envolvimento físico ou mecânico (mais de 30 minutos)
Quedas superiores a 6 metros
Evento multi-vítimas (5 ou mais vítimas)
Enfermeiro, enfermeiro ou enfermeiro

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

Estes critérios são quase sobreponíveis aos níveis vermelho e laranja da Triagem de Manchester.

As vítimas que apresentem critérios deverão ser incluídas na VVT, sendo estas ativadas e encaminhadas para a SE/Sala de Trauma

O enfermeiro da triagem contacta a equipa da SE, e orienta os bombeiros para a mesma. Caso a vítima tenha vindo em viatura própria, o Assistente Operacional de apoio à triagem levará a vítima de trauma até à SE.

A vítima de trauma que não cumpra nenhum destes critérios deve ser avaliada pelo método da Triagem de Manchester e encaminhada para a Área Cirúrgica/ Pequena Cirurgia, com a prioridade respetiva

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

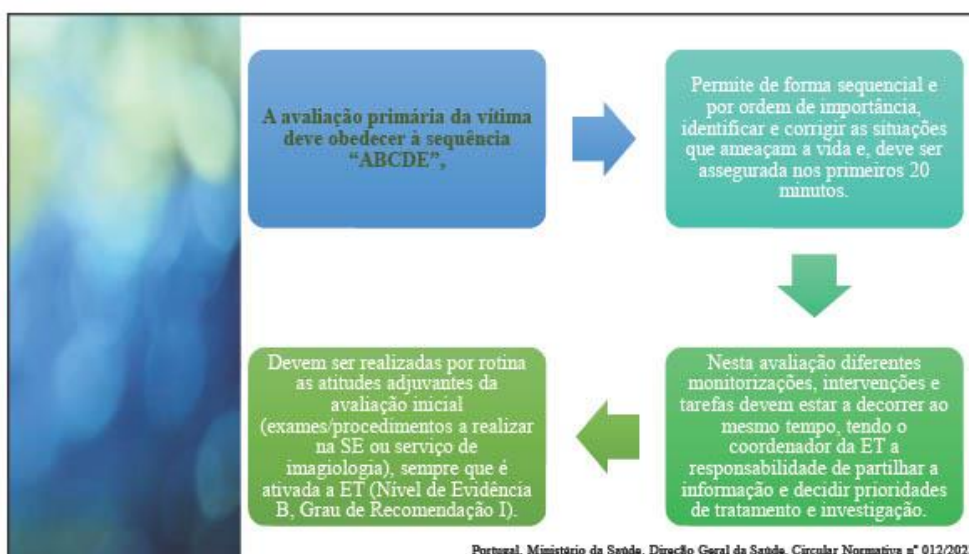
07/02/2023

Abordagem e Tratamento da vítima de trauma: Sala de Emergência/Sala de Trauma

O Médico Residente da SE – Avalia a vítima, valida a sua inclusão na Via Verde Trauma, ativa os restantes membros da Equipa de Trauma, necessários à avaliação primária e secundária da vítima:

- Médico Cirurgião Geral,
- Médico Ortopedista,
- Médico Medicina Interna,
- Médico Medicina Intensiva,
- Médico Anestesiologista,
- Médico Neurocirurgião,
- Médico Radiologista
- Médico Imunohemoterapeuta

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022



Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

07/02/2023

A **avaliação secundária** deve ser realizada após a estabilização inicial da vítima (avaliação inicial) e deve ser assegurada em **60 min** (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

Deve-se proceder a uma avaliação minuciosa do doente a cada segmento corporal no sentido céfalo-caudal, incluindo áreas facilmente esquecidas como são exemplo o couro cabeludo, pescoço, dorso e períneo.

Deve-se obter a história de como ocorreu o trauma, utilizando-se a mnemónica **AMPLE**

- Allergies – Alergias;
- Medications – Uso de medicações;
- Past Medical History – Antecedentes pessoais patológicos, cirurgias anteriores e imunização;
- Last Meal – Hora da última refeição;
- Events Preceding injury – Eventos relacionados com o trauma como qual o mecanismo de lesão, avaliação e tratamento no local do acidente, tempo decorrido deste o acidente até à chegada do INEM.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

O Enfermeiro

- Identifica as necessidades da pessoa, assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes do trauma, procedendo à avaliação da vítima seguindo a sequência “ABCDE”.
- Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade.
- Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações.
- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos e faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa vítima de trauma, otimizando as respostas.
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, efetuando uma gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa vítima de trauma.
- Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime, se for o caso.
- Assegura meios de evacuação e transporte; avalia os resultados com base nas respostas da pessoa e efetua os registos de enfermagem.

Portugal, Regulamento n.º 140/2019; Portugal, Regulamento n.º 429/2018.

07/02/2023

A	Permeabilização da via aérea com controle da coluna cervical Se ventilação ruidosa: colocar adjuvante da via aérea. Se Escala de Coma de Glasgow (GCS) ≤ 8: colaborar na abordagem avançada da Via Aérea
B	Assegurar Ventilação e Oxigenação Monitorizar Saturação periférica de oxigênio (SpO_2). Administrar oxigênio adicional (procurar manter $SpO_2 \geq 95\%$). Avaliar ritmo ventilatório, expansão torácica bilateral, estômo, deformidades/crepitações da parede torácica.
C	Assegurar circulação com controle de hemorragia Identificar e controlar hemorragias externas. Monitorizar: ritmo eletrocardiograma (ECG), frequência cardíaca (FC), Tensão arterial (TA). Avaliar pulsos radiais e femorais, (tempo de preenchimento capilar (TPC), coloração da pele). Colocar 2 acessos venosos e colher de sangue para análise (incluindo tipagem). Administrar fluidoterapia (se hemorragia não controlada manter pressão arterial média (PAM) [40,60] mmHg ou TA Sistólica [80,90] mmHg). Iniciar estabilização de fraturas e antecipar necessidade de intervenção cirúrgica.
D	Avaliar estado neurológico Avaliar tamanho, simetria e reatividade pupilar. Avaliar estado de consciência (GCS). Avaliar sinais focais bilateralmente (força muscular e déficit sensório-motores), nível de lesão - traumatismo vertebral medular (TVM). Avaliar glicemia capilar.
E	Exposição com controle da temperatura Expor a vítima, removendo a sua roupa, e identificar outras lesões. Prevenir hipotermia Garantir a privacidade e dignidade da vítima

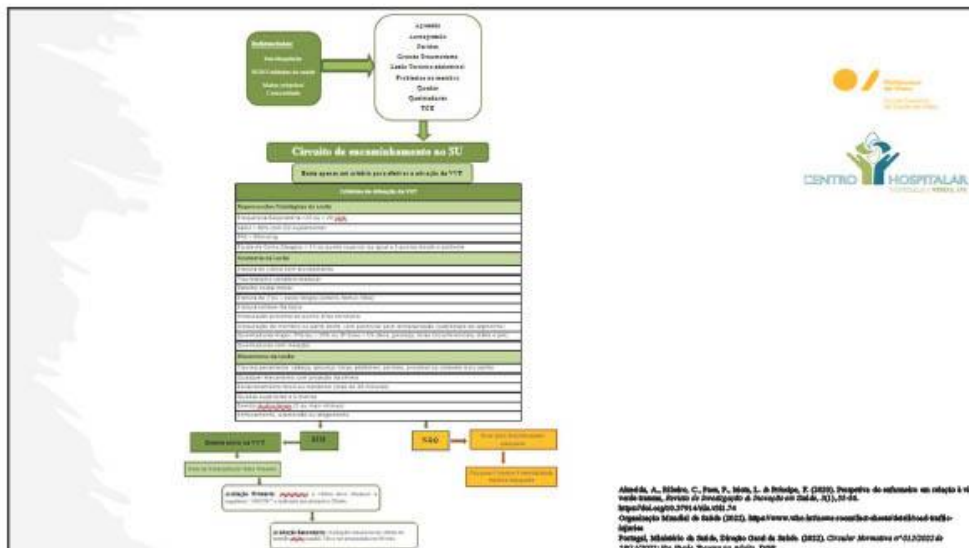
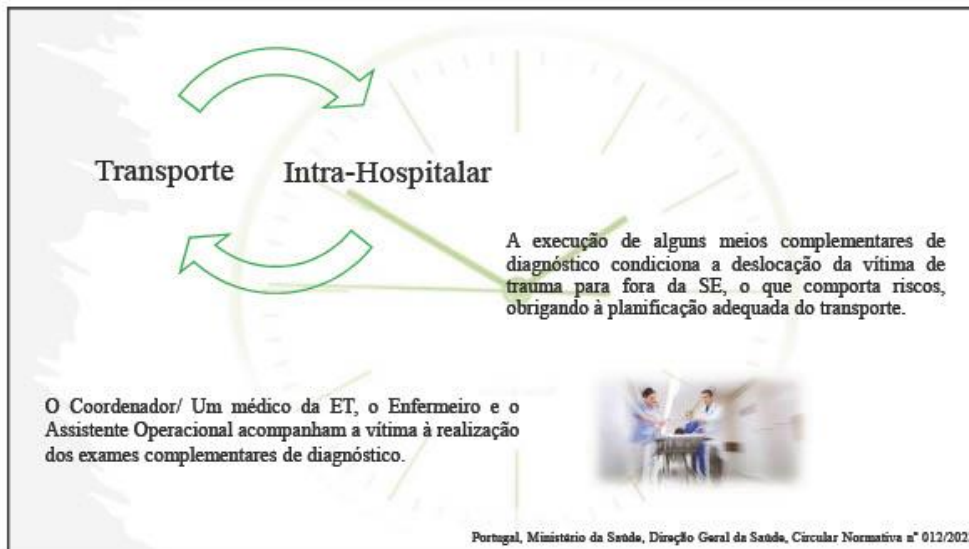
O Assistente Operacional colabora em todas as funções sob orientação do enfermeiro.





A Equipe de Imagiologia deve priorizar a realização dos exames complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

07/02/2023



07/02/2023

Referências bibliográficas

- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma, Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- Emergency Nurses Association. (2019). Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide. <https://www.ena.org/education/tucc>
- Ordem dos Médicos. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. Ordem dos Médicos. <https://ordemdosmedicos.pt/normas-de-bou-pratica-em-trauma/>
- Organização Mundial de Saúde (2022). Road traffic injuries. Recuperado Janeiro 18, 2023 em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- Organização Mundial de Saúde, Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos & Sociedade Internacional de Cirurgia. (2009). Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma. Distribuna Editorial.
- Portugal, Despacho n.º 2534/2021. (2021, março 5). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e determina as suas competências. Diário da República, 2(45), pp. 178-182. <https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>

Referências bibliográficas

- Portugal, Despacho n.º 8977/2017. (2017, Outubro 11). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e designa os seus membros. Diário da República, 2(196), pp. 23038-23041. <https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). Circular Normativa nº 012/2022 de 18/11/2022: Via Verde Trauma no Adulto. DGS.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. DGS. <http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º 429/2018 (2018, julho 16). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2 (135) pp. 19362 – 19364. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2 (26), pp 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Trigo, I., Coelho, M., & Ribeiro, O. (2022). Gravidade do trauma em vítimas de acidente de viação admitidas no serviço de urgência, Servir, 2(02), e25997. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>

Apêndice 5 - Pôster: Fluxograma Via Verde Trauma

VIA VERDE TRAUMA

Ana Cascais, Isabel Moreira, Joana Silva, Vera Ferreira

CMEMC 8ª ed. e CPLEEMC 9ª ed. da ESSV – Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência - Serviço de Urgência Polivalente do CHTV, EPE
Tutores: Enfermeiros Especialistas Albino Alberto, Carolina Costa, Cláudia Madeira, João Consciência, Natália Figueiredo, Octávio Duarte, Regina Mendonça, Rosário Pereira
Enfermeiro Chefe João Gabriel
Orientadores: Professora Doutora Madalena Cunha Nunes e Enfermeiras Especialistas Isabel Tavares e Natividade Luís



INTRODUÇÃO

O Trauma constitui a principal causa de morte e morbilidade em todo o mundo, sendo os acidentes de viação a principal causa de morte por trauma. Anualmente, a nível mundial, aproximadamente 1,3 milhões de pessoas morre em resultado de acidentes de viação e, cerca de 20 a 50 milhões de pessoas ficam com lesões incapacitantes (Organização Mundial de Saúde, 2022).

Em 2021, em Portugal, ocorreram 29217 acidentes de viação do qual resultaram 390 mortos e 36323 feridos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

A Via Verde Trauma pode ser definida como “o conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma maior” (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022, p.13).

A implementação da Via Verde Trauma possibilita a deteção precoce de doente potencialmente de risco, a realização de exames complementares de diagnóstico de forma rápida e sistematizada e a atuação segura, confiante e organizada da equipa (Almeida et al., 2020, pp.55-56).

OBJECTIVOS

Uniformizar os critérios de ativação da Via Verde Trauma no Serviço de Urgência Polivalente do CHTV, EPE.

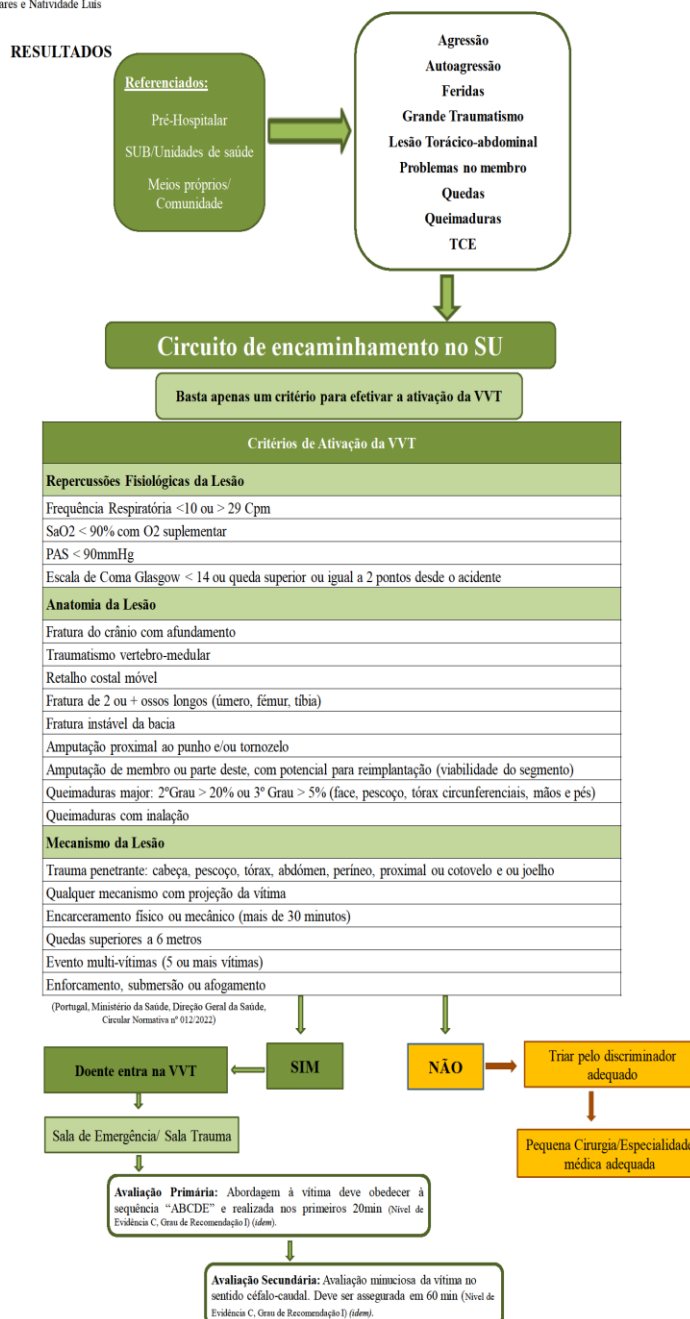
MÉTODOS

Consulta da Circular Normativa nº 012/2022 de 28 de Novembro: Via Verde Trauma no Adulto da DGS.

CONCLUSÃO

A implementação da Via Verde Trauma permite aumentar a acessibilidade da vítima de trauma ao tratamento adequado e reduzir a mortalidade e morbilidade (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022).

RESULTADOS



Referências Bibliográficas:

Almeida, A., Ribeiro, C., Pais, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Acidentes de viação em Portugal Continental: acidentes com vítimas, feridos e mortos*. Paris: PORTDATA. <https://www.portdata.pt/portugal/acidentes+de+viacao+em+portugal+continental+acidentes+com+vittimas++feridos++mortos+326-3587>
Organização Mundial de Saúde (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). *Circular Normativa nº 012/2022 de 28/11/2022: Via Verde Trauma no Adulto*. DGS

Apêndice 6 – Instrumentos de Recolha de Dados



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Departamento: Enfermagem

Investigadora Orientadora: Professora Doutora Madalena Cunha

Estudante: Ana Filipa Cascais

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEHC), 8ª ed e Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica (CPLEHC), 9ª Ed.

Ano: 2022/2023

Estudo: “Qualidade do sono do doente cirúrgico”

(Não preencher este quadrado)
Nº Quest.

--	--	--	--

Ex.mo(a) Senhor(a),

No âmbito da investigação sobre a “Qualidade do sono do doente cirúrgico”, solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. As respostas são **confidenciais** e todas são válidas pois traduzem **a sua opinião**.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula(☐) deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que **não deixe nenhuma questão por responder**.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – ADMISSÃO

I PARTE - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Data internamento:	2. Idade:
3. Género: ☐ Masculino ☐ Feminino	4. Residência: _____
5. Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado/União facto ☐ Divorciado/Separado ☐ Viúvo	
6. Habilitações Literárias/ académicas:	
☐ Sem habilitações	☐ 3º Ciclo/ 9º Ano
☐ 1º Ciclo/ 4ª Classe	☐ Ensino Secundário/ 12º ano
☐ 2º Ciclo/ Ciclo Preparatório	☐ Ensino Superior/ Licenciatura/Mestrado/Doutorado

II PARTE - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

7. Diagnóstico:	8. Cirurgia:
8. Doenças Crónicas: ☐ Sim ☐ Não Se sim, quais: _____	
9. Medicação Habitual: ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual: _____	

III PARTE - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH – VERSÃO PORTUGUESA
(João, Becker, Jesus, & Martins, 2017)

Instruções: As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono durante o **mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor **responda a todas as questões**.

1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes? Horário de deitar: ____h ____min
2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes? Minutos demorou a adormecer: ____min
3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes? Horário de acordar: ____h ____min
4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama). Horas de noite de sono: ____h ____min

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa:				
	Nunca	Menos de 1x/semana	1 ou 2x/semana	3x/ semana ou mais
Demorar mais de 30min para adormecer				
Acordar a meio da noite ou de manhã muito cedo				
Levantar-se para ir à casa de banho				
Ter dificuldade para respirar				
Tossir ou ressonar alto				
Sentir muito frio				
Sentir muito calor				
Ter sonhos maus ou pesadelos				
Sentir dor				
Outras razões, por favor descreva: _____				

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono? ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Má ☐ Muito Má
7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa? ☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais
8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social? ☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais
9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias? ☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

IV PARTE - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - VERSÃO PORTUGUESA
(Quintão, Delgado & Prieto, 2013)

Instruções: Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Identifique o quanto se tem sentido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um círculo no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigueiro	0	1	2	3
2. Sensação de calor	0	1	2	3
3. Tremores nas pernas	0	1	2	3
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5. Medo que aconteça o pior	0	1	2	3
6. Atordoado ou tonto	0	1	2	3
7. Palpitação ou aceleração do coração	0	1	2	3
8. Sem equilíbrio	0	1	2	3
9. Aterrorizado	0	1	2	3
10. Nervoso	0	1	2	3
11. Sensação de sufocação	0	1	2	3
12. Tremores nas mãos	0	1	2	3
13. Trémulo (ou inseguro)	0	1	2	3
14. Medo de perder o controle	0	1	2	3
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Assustado	0	1	2	3
18. Indigestão ou desconforto no abdômen	0	1	2	3
19. Sensação de desmaio	0	1	2	3
20. Rosto afogueado (corado)	0	1	2	3
21. Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Departamento: Enfermagem

Investigadora Orientadora: Professora Doutora Madalena Cunha

Estudante: Ana Filipa Cascais

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEHC), 8º ed e Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica (CPLEHC), 9ª Ed.

Ano: 2022/2023

Estudo: "Qualidade do sono do doente cirúrgico"

(Não preencher este quadrado)
Nº Quest.

--	--	--	--

Ex.mo(a) Senhor(a),

No âmbito da investigação sobre a "Qualidade do sono do doente cirúrgico", solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. As respostas são **confidenciais** e todas são válidas pois traduzem **a sua opinião**.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula (☐) deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (_____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que **não deixe nenhuma questão por responder**.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – ALTA HOSPITALAR

I PARTE - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

1. Cirurgia: _____	2. Tempo de internamento: _____
3. Prescrição de Ansiolítico/Indutor de sono: ☐ Sim ☐ Não Se sim qual: _____	
4. Complicações durante internamento: ☐ Sim ☐ Não Se sim quais: _____	

II PARTE - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH – VERSÃO PORTUGUESA
(João, Becker, Jesus & Martins, 2017)

Instruções: As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o internamento. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites neste internamento. Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o internamento, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes? Horário de deitar: ____h ____min
2) Durante o internamento, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes? Minutos demorou a adormecer: ____min
3) Durante o internamento, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes? Horário de acordar: ____h ____min
4) Durante internamento, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama). Horas de noite de sono: ____h ____min

5) Durante o internamento, quantas vezes teve problemas para dormir por causa:				
	Nunca	Menos de 1x/semana	1 ou 2x/semana	3x/semana ou mais
Demorar mais de 30min para adormecer				
Acordar a meio da noite ou de manhã muito cedo				
Levantar-se para ir à casa de banho				
Ter dificuldade para respirar				
Tossir ou ressonar alto				
Sentir muito frio				
Sentir muito calor				
Ter sonhos maus ou pesadelos				
Sentir dor				
Outras razões: _____				

6) Durante o internamento, como classificaria a qualidade do seu sono? ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Má ☐ Muito Má
7) Durante o internamento, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa? ☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais
8) Durante o internamento, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social? ☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais
9) Durante o internamento, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias? ☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

III PARTE – VARIÁVEIS AMBIENTAIS/PSICOLÓGICAS

1. Durante o internamento, quantas vezes teve problemas para dormir por causa:				
	Nunca	Menos de 1x/semana	1 ou 2x/semana	3x ou mais / semana
Sentir barulho/ruído (alarmes de monitores, bombas, equipa médica, outros doentes)				
Alteração na posição de dormir em decorrência da cirurgia (drenos, sondas e outros dispositivos médicos)				
Pela prestação de cuidados da equipa de enfermagem a si ou a outro doente do quarto				
Sentir-se ansioso				
Sentir preocupação pela sua condição de saúde				
Sentir preocupação com sua família				
Sentir muita claridade				

IV PARTE – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - VERSÃO PORTUGUESA (Quintão, Delgado & Prieto, 2013)

Instruções: Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Identifique o quanto se tem sentido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um círculo no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigueiro	0	1	2	3
2. Sensação de calor	0	1	2	3
3. Tremores nas pernas	0	1	2	3
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5. Medo que aconteça o pior	0	1	2	3
6. Atordoado ou tonto	0	1	2	3
7. Palpitação ou aceleração do coração	0	1	2	3
8. Sem equilíbrio	0	1	2	3
9. Aterrorizado	0	1	2	3
10. Nervoso	0	1	2	3
11. Sensação de sufocação	0	1	2	3
12. Tremores nas mãos	0	1	2	3
13. Trémulo (ou inseguro)	0	1	2	3
14. Medo de perder o controle	0	1	2	3
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Assustado	0	1	2	3
18. Indigestão ou desconforto no abdómen	0	1	2	3
19. Sensação de desmaio	0	1	2	3
20. Rosto afogueado (corado)	0	1	2	3
21. Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3

Apêndice 7 – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro(a) Senhor(a),

No âmbito do Curso de Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo sobre a “Qualidade de Sono do Doente Cirúrgico” e cujo objetivo principal é avaliar a qualidade de sono do doente cirúrgico.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo:

Viseu, ____ / ____ / 2023.

Nome: _____

Assinatura do participante:

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:

Nome do orientador: Professora Doutora Madalena Cunha

Nome do investigador: Ana Filipa Cascais

Assinatura: _____

ANEXOS

Anexo 1 – Cursos Suporte Básico de Vida com DAE

Certificado de Frequência de Formação Profissional

**Departamento de Educação Permanente***Avenida Rei D. Duarte**3504-509 Viseu**NIF 509 822 940**Entidade Formadora Acreditada pela ACSS*

Certifica-se que ANA FILIPA MARQUES VIEIRA CASCAIS, natural de Aveiro, nascida a 23/01/1983, de nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portadora da Identificação Civil n.º 12369256-3ZX8, frequentou a 5 de dezembro de 2022, o Curso de Formação Profissional:

Suporte Básico de Vida - DAE

Duração Total: 7 horas

Horas assistidas: 7 horas

Tendo sido aprovado com a nota final de **20** valores.

Viseu, 6 de dezembro de 2022

O Vogal do DEP

O Presidente do DEP



Certificado EA N° 141EA.SBVDAE.03/2021

A formação é válida por 5 anos



Este curso não confere o nível de formação e/ou equivalência escolar.

Anexo 2 – Curso Suporte Avançado de Vida

Certificado de Frequência de Formação Profissional



Departamento de Educação Permanente

Avenida Rei D. Duarte

3504-509 Viseu

NIF 509 822 940

Entidade Formadora Acreditada pela ACSS

Certifica-se que ANA FILIPA MARQUES VIEIRA CASCAIS, natural de Aveiro, nascida a 23/01/1983, de nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portadora da Identificação Civil n.º 12369256-3ZX8, frequentou a 12 e 13 de dezembro de 2022, o Curso de Formação Profissional:

Suporte Avançado de Vida

Duração Total: 16 horas

Horas assistidas: 16 horas

Tendo sido aprovado com a nota final de **19,1** valores.

Viseu, 15 de dezembro de 2022

O Vogal do DEP

O Presidente do DEP



Certificado EA N° 11EA.SAV.06/2018

A formação é válida por 5 anos

Este curso não confere o nível de formação e/ou equivalência escolar.



