



Politécnico  
de Viseu

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica., 7<sup>a</sup>ed.

Bruna Raquel da Silva Alves Figueiredo Pinto

Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e Cuidados Intensivos

Índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao serviço de urgência

Viseu, fevereiro de 2022





Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e Cuidados Intensivos  
Índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao serviço de  
urgência

Bruna Raquel da Silva Alves Figueiredo Pinto

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7<sup>a</sup> edição

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Madalena Cunha  
e Mestre Enfermeiro Mauro Coelho

Viseu, fevereiro de 2022



“[Peplau] perguntou qual a coisa mais importante que uma enfermeira podia fazer por um doente. Ele [professor] respondeu “Sentar-se à cabeceira do doente, e tentar compreendê-lo”.

(Callaway, 2013, p.41)



## **Agradecimentos**

Agradeço à Professora Doutora Madalena Cunha e Mestre Mauro Coelho todo o apoio e orientação.

Agradeço à Instituição Centro Hospitalar Tondela-Viseu a autorização para recolha de dados.

Agradeço a todos os colegas e Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Tondela-Viseu por toda a disponibilidade.

Fico grata a todos os meus tutores e restantes profissionais de todos os serviços onde realizei estágios, pela disponibilidade e partilha de conhecimentos.

Aos meus amigos, em especial, à Isabel Oliveira obrigada por todo o apoio.

Agradeço à minha família, em particular aos meus pais, ao meu irmão, ao meu namorado e ao meu avô, sem estes pilares nada seria possível.



## Resumo

**Introdução:** O conhecimento é o caminho para a prática de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta o desenvolvimento de competências comuns e específicas perante a pessoa em situação crítica. Este é o percurso para a prática de uma enfermagem especializada e avançada, sendo essencial para promover cuidados eficazes, seguros e de elevada qualidade. Os enfermeiros usam o pensamento crítico ao aplicar o conhecimento e a prática com base nas evidências, potenciando um processo de enfermagem competente. Foi neste âmbito que se realizaram os estágios em contexto de Cuidados Intensivos e em Contexto de Urgência, sendo estes dois espaços de desenvolvimento profissional e pessoal. Compreender o uso do conhecimento na prática quotidiana de enfermagem é importante para a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Neste sentido, surge o estudo do “Índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao serviço de urgência”.

**Objetivos:** Caracterizar o contexto sociodemográfico da pessoa vítima de queda que recorre ao Serviço de Urgência; identificar as determinantes clínicas das pessoas vítimas de quedas que recorrem ao Serviço de Urgência; determinar o índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao Serviço de Urgência; analisar a influência das características sociodemográficas, de contexto e clínicas no índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao Serviço de Urgência.

**Métodos:** A natureza do estudo é quantitativa, de coorte retrospectivo, descritivo e correlacional, com recolha de dados clínicos para identificar o índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, durante 1 de janeiro a 31 dezembro de 2020, através do *software Alert®*, causa de admissão no secretariado “queda” e na consulta dos episódios de urgência. Obteve-se uma amostra de 679 pessoas vítimas de queda, maioritariamente feminina (54,1%), com uma idade média de 69,61 anos, com predomínio da faixa etária superior aos 80 anos (35,6%). A recolha de dados ocorreu entre 1 de setembro a 1 dezembro de 2021, com registo numa grelha elaborada *ad hoc*.

**Resultados:** A maioria dos utentes foi levada para o Serviço de Urgência na ambulância (63,1%), com um claro predomínio dos que foram transportados de maca (83,6%). O fluxograma de triagem prevalente foi a queda (46,7%), com o discriminador de dor severa (61,1%), triados com prioridade laranja (98,4%), com área clínica urgente (81,1%) e especialidades de ortopedia (43,4%) e cirurgia (46,3%) em maior representatividade. Em relação ao diagnóstico de admissão, prevalecem as fraturas do fémur (19,0%), outros traumas e fraturas não especificadas (17,4%) e traumatismo cranioencefálico e traumas faciais (13,8%). Domínio das fraturas de ossos longos (34%), seguindo-se outros traumas (22,1%). O Índice de Gravidade corresponde a um score mínimo de 3,51 e um máximo de 7,84, com uma média centrada nos 7,34. As variáveis sociodemográficas não interferiram estatisticamente no Índice de Gravidade e as variáveis clínicas com interferência estatística foram a prioridade e a área clínica. Os utentes com prioridade laranja, com área clínica de pequena cirurgia e cuja especialidade foi a ortopedia apresentaram um Índice de Gravidade mais elevado.

**Conclusão:** As variáveis preditoras do Índice de Gravidade foram a idade, a frequência cardíaca, a dor, o Índice de reatividade de Glasgow, PaCO<sub>2</sub>, hemoglobina e bicarbonatos, a tensão arterial sistólica, pH e PaO<sub>2</sub>. A idade, a frequência cardíaca, a dor, o Índice de reatividade de Glasgow, a PaCO<sub>2</sub>, a hemoglobina e bicarbonatos estabelecem com o Índice de Gravidade uma relação indireta, enquanto a tensão arterial sistólica, o pH e PaO<sub>2</sub> estabelecem uma relação direta. Assim, constatou-se que à medida que aumenta o Índice de Gravidade melhor é a sobrevida das vítimas de queda atendidas no Serviço de Urgência.

**Palavras-chave:** Queda; Serviço de Urgência; Índice de gravidade; Enfermagem.



## Abstract

**Introduction:** Knowledge is the path to specialised practice in Medical-Surgical Nursing, taking into account the development of common and specific skills towards the person in critical condition. This is the path to specialized and advanced nursing practice, and is essential to promote effective, safe, and high-quality care. Nurses use critical thinking when applying evidence-based knowledge and practice, enhancing a competent nursing process. It was in this context that the internships in Intensive Care and Emergency settings took place, these being two spaces for professional and personal development. Understanding the use of knowledge in everyday nursing practice is important for improving the quality of health care. In this sense, the study of the "Severity index of the person who falls in the emergency department" was conducted.

**Objectives:** To characterise the socio-demographic context of fall victims attending the Emergency Department; to identify the clinical determinants of fall victims attending the Emergency Department; to determine the severity index of fall victims attending the Emergency Department; to analyse the influence of socio-demographic, contextual and clinical characteristics on the severity index of fall victims attending the Emergency Department.

**Methods:** This is a quantitative, retrospective cohort, descriptive and correlational study, with clinical data collection to identify the severity index of fall victims who used the Emergency Department of the Centro Hospitalar Tondela-Viseu, from January 1 to December 31, 2020, using the Alert® software, the cause for admission to the "fall" secretariat and the consultation of emergency episodes. We obtained a sample of 679 fall victims, mostly female (54.1%), with a mean age of 69.61 years, predominantly over 80 years old (35.6%). Data collection occurred between September 1 and December 1, 2021, recorded in a grid prepared ad hoc.

**Results:** Most users were taken to the ER by ambulance (63.1%), with a clear predominance of those transported on a stretcher (83.6%). The prevalent triage flowchart was the fall (46.7%), with the discriminator of severe pain (61.1%), triaged with priority orange (98.4%), with urgent clinical area (81.1%) and specialties of orthopedics (43.4%) and surgery (46.3%) in greater representation. Regarding admission diagnosis, femur fractures prevail (19.0%), other trauma and unspecified fractures (17.4%) and head and face trauma (13.8%). Long bone fractures dominated (34%), followed by other traumas (22.1%). The Severity Index corresponds to a minimum score of 3.51 and a maximum score of 7.84, with a mean centered on 7.34. The sociodemographic variables did not interfere statistically in the Severity Index and the clinical variables with statistical interference were priority and clinical area. Patients with priority orange, with minor surgery and whose specialty was orthopedics had a higher Severity Index.

**Conclusion:** The predictor variables of the Severity Index were age, heart rate, pain, Glasgow Reactivity Index, PaCO<sub>2</sub>, hemoglobin and bicarbonates, systolic blood pressure, pH and PaO<sub>2</sub>. Age, heart rate, pain, Glasgow Reactivity Index, PaCO<sub>2</sub>, hemoglobin, and bicarbonates establish an indirect relationship with the Severity Index, while systolic blood pressure, pH, and PaO<sub>2</sub> establish a direct relationship. Thus, it was found that as the severity index increases, the better the survival of fall victims treated in the Emergency Department.

**Keywords:** Fall; Emergency Department; Severity Index; Nursing.



## Sumário

	Pag.
Introdução.....	16
Parte I - Estágio de Cuidados Intensivos .....	18
Parte I – Estágio de Urgência .....	31
Parte III – Investigação - Índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao serviço de urgência.....	45
1. Introdução.....	45
2. Métodos.....	47
2.1. Objetivos .....	47
2.2. Tipo de estudo.....	47
2.3. Variáveis em estudo.....	47
2.4. Amostra/Participantes .....	48
2.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	48
2.5. Instrumento de recolha de dados .....	50
2.6. Procedimentos .....	50
3. Resultados.....	51
3.1. Discussão dos resultados.....	63
Conclusões.....	67
Referências Bibliográficas .....	69
ANEXOS.....	77
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética	
Anexo II - Instrumento de recolha de dados	
Anexo III – Parecer sobre aceitação de Dissertação/Trabalho Projeto/Relatório Final de Estágio	
APÊNDICES .....	87
Apêndice I – Poster – Cateter venoso central	





## Lista de tabelas

	Pag.
Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade segundo género .....	50
Tabela 2 - Caracterização das variáveis sociodemográficas em função do género .....	51
Tabela 3 – Estatísticas relativas aos tempos de permanência no SU .....	53
Tabela 4a - Caracterização das variáveis de admissão e triagem em função do género .....	54
Tabela 4b - Caracterização das variáveis de admissão e triagem em função do género .....	55
Tabela 4c - Caracterização das variáveis de admissão e triagem em função do género .....	56
Tabela 5 - Caracterização do diagnóstico, dos exames e da terapêutica.....	57
Tabela 6 – Estatísticas relativas aos sinais vitais e parâmetros clínicos à entrada e à saída do SU .....	57
Tabela 7 – Caracterização do ritmo do pulso e da escala da dor à entrada e à saída do SU .....	58
Tabela 8 - Caracterização dos traumatismos associados .....	58
Tabela 9 - Revised Trauma Score (RTS).....	59
Tabela 10 - Operacionalização da pressão parcial de O2 em score “equiparado” à frequência respiratória (FR).....	59
Tabela 11 – Estatísticas relativas à variável dependente (índice de gravidade - RTS).....	60
Tabela 12 - Caracterização dos inquiridos da amostra com e sem RTS .....	60
Tabela 13 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com e o Índice de Gravidade.....	62
Tabela 14 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis de admissão e triagem com e o Índice de Gravidade .....	64
Tabela 15 – Regressão múltipla entre o índice de Gravidade e as variáveis independentes (preditoras) .....	65



## **Lista de Siglas e acrónimos**

ADR - Área de Diagnóstico Respiratório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHTV - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CMEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC - Cateter Venoso Central

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG- Escala de Coma de Glasgow

EVA - Escala Visual Analógica

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GPT- Grupo Português de Triagem

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

LCR - Líquido Cefalorraquidiano

PaO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de Oxigénio

PaCO<sub>2</sub>- Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAV - Pneumonia Associada a Ventilador

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

pH- Potencial de Hidrogénio

PHEE – Plano hospitalar de emergência externa

PIC - Pressão Intracraniana

RASS - *Richmond agitation Sedation Scale*

RTS- *Revised Trauma Score*

SE - Sala de Emergência

SU - Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TA- Tensão Arterial

TAS- Tensão Arterial Sistólica

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

TOT - Tubo Orotraqueal

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UMDC – Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV- Via Verde

VVC – Via Verde Coronária

VV AVC- Via Verde Acidente Vascular Cerebral

## Introdução

A enfermagem impõe uma constante atualização de saberes e cabe ao enfermeiro desenvolver atividades que promovam o desenvolvimento e aplicação das suas competências. Este deve atualizar os seus conhecimentos de modo a fundamentar a sua ação de forma científica, para que a sua prática seja considerada de excelência e assim se traduzir na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Sendo assim, a formação especializada em enfermagem não termina com a finalização do curso de licenciatura, nem com o curso de mestrado, a formação é contínua uma necessidade de constante atualização subsiste ao longo de toda a vida profissional. Como tal, é imperativo adquirir, analisar, sintetizar e aplicar evidências para orientar as decisões práticas, ou seja, o enfermeiro deve usar o conhecimento e adquirir competências.

Neste sentido, foram realizados os estágios de Enfermagem em contexto de Cuidados Intensivos, integrante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu e de acordo com o seu plano de estudos, tendo o primeiro decorrido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, entre 9 de dezembro de 2020 a 19 de fevereiro de 2021, com a duração de 180 horas de contacto. O segundo no Serviço de Urgência Polivalente – Centro Hospitalar Tondela-Viseu, entre 17 de maio e 16 de julho.

Neste relatório pretendo refletir acerca dos conhecimentos assimilados ao longo do percurso teórico e consolidar as competências adquiridas durante os estágios. A singularidade e a responsabilidade destes campos de estágios tornaram-nos em locais únicos e enriquecedores em termos de novas experiências e aprendizagens, tendo sido extremamente importante em termos de contacto direto com situações clínicas e consolidação de conteúdos seccionados nas aulas, em que procurei aproveitar ao máximo todas as experiências e oportunidades que surgiram.

O relatório procura descrever de forma objetiva o processo que se desenvolveu, com o objetivo de adquirir as competências do domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como realizar uma reflexão crítica acerca de toda esta experiência e o que a mesma trouxe para o meu crescimento pessoal e profissional.

Em termos estruturais, o presente trabalho subdivide-se em três partes, constando da primeira o Estágio de Cuidados Intensivos, na segunda o Estágio de Urgência e na terceira parte apresenta-se a investigação subordinada ao tema “Índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao serviço de urgência”.



## Parte I

### Estágio de Cuidados Intensivos

O estágio decorreu na denominada UCIP2 que se encontra na UMDC2 serviço de cirurgia. O serviço tem capacidade para admitir doentes com todos os tipos de patologias médicas e cirúrgicas de todas as especialidades que tenham falência de órgão atual ou potencial que possa ser revertida/controlada, mas que não estejam infetados por COVID-19, pois se a infeção estiver ativa os doentes são alocados na UCIP1 ou UCIP3.

A UCIP2 dispõe de oito unidades de internamento, estando 4 unidades distribuídas no espaço da UMDC2 e outras 4 na enfermaria em frente. Trata-se de um serviço adaptado, todavia dispõe de todo o equipamento indispensável. Cada unidade de internamento é composta por: cama articulada com colchão para prevenção de lesões por pressão, ventilador, monitor cardíaco, rampas de oxigénio, ar e vácuo, tomadas elétricas, incluindo de emergência, bombas infusoras, seringas infusoras, bomba de nutrição entérica, insuflador manual e um armário de apoio a cada unidade que possui material individualizado, nomeadamente sondas de aspiração de secreções, espátulas de higiene oral, copos descartáveis, clorohexidina gel 2%, cloridrato de benzidamina, cloro-hexidina a 2% em álcool, solução alcoólica para antisepsia cutânea, creme hidratante, luvas, elétrodos, obturadores de cateter, filtros Hidroxi Metil Butirato (HMB) e traqueia. Cada unidade do doente tem apenas uma mesa de apoio com folhas de registo de enfermagem e diários clínicos. Os registos de enfermagem são feitos manualmente numa folha de registo de enfermagem que denominada de “lençol”. Os registos são efetuados horariamente, fazendo parte deste registo o ritmo das perfusões em curso, compreendendo as endovenosas e entéricas, os parâmetros vitais, designadamente a pressão arterial sistólica, diastólica e média, frequência e ritmo cardíaco, temperatura, parâmetros ventilatórios, débito urinário, parâmetros gasimétricos, posicionamentos dos doentes, exames realizados e qualquer outra informação relevante. Embora a limitação espacial da UCIP2, em todas as unidades dos doentes realizam-se broncofibroscopia, endoscopia digestiva alta e baixa, drenagem torácica, traqueostomia percutânea, instituição de terapia de substituição renal por técnicas contínuas ou intermitentes, realização de técnicas analgésicas (cateterismo epidural), entre outros procedimentos.

No que se refere à prestação de cuidados de Enfermagem numa UCIP, por se tratar de um ambiente complexo onde as mais avançadas intervenções se conjugam na luta contra a doença que ameaça a vida, a intervenção do enfermeiro revela-se como um elemento chave, tendo em conta a sua presença junto do doente, permitindo-lhe exercer uma vigilância

contínua do seu estado clínico, na maioria das vezes instável (Vinagre, 2012). É neste cenário intensivo que se desenvolve a prestação de cuidados de enfermagem minuciosos e qualificados prestados continuamente, ao longo das 24 horas, à pessoa em situação crítica com uma ou mais funções vitais em risco imediato ou potencial, como resposta às necessidades afetadas, mantendo as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades (Aleixo, 2014).

Ao executar esta apreciação global do estágio posso afirmar que este foi muito enriquecedor, tendo aprendido muito, apesar de todos os receios que trazia comigo, por se tratar de uma nova realidade, e num espaço adaptado.

Quero, desde já, referir que a minha integração na equipa foi bem-sucedida, o que me permitiu desenvolver várias atividades, para que pudesse alcançar uma visão global dos cuidados prestados, dando- ênfase a todos os aspetos da área de atuação e especialização. Como tal, considero ter assumido uma atitude autónoma e responsável na prestação dos cuidados, o que implicou a prestação de cuidados culturalmente congruentes, tendo procurado o maior número de experiências, respeitando os princípios científicos dos procedimentos apreendidos durante a fase teórica do curso e resultante da pesquisa bibliográfica.

No que se refere ao conhecimento da organização e funcionamento da UCIP2, tenho a referir que foi um processo muito célere, dado que se trata de um serviço adaptado, como já referi anteriormente. Por conseguinte, considero que o seu conhecimento foi fácil, atendo também ao facto de se tratar de um serviço estruturalmente pequeno. Procurei sempre um grande envolvimento com a equipa multidisciplinar, revelando disponibilidade, curiosidade e uma atitude de constante questionamento, o que me permitiu ser gradualmente ativa na prestação de cuidados nos turnos. Algo que também tive sempre presente foi procurar desenvolver e demonstrar uma atitude ética e deontológica, adotando uma conduta marcada pelo sigilo e descrição profissional, demonstrando respeito pelos doentes e elementos da equipa multidisciplinar. A preocupação pela privacidade e intimidade dos doentes foram uma constante, bem como a promoção de um ambiente calmo e acolhedor.

Ao longo deste estágio, tentei relacionar os conhecimentos teóricos com os cuidados prestados, expressando as minhas dúvidas e aceitando com humildade todas as orientações e críticas construtivas que me foram dirigidas. Procurei sempre ter iniciativa e abertura para a aprendizagem, pois a meu ver, todas as pequenas oportunidades são construtivas. Com o decorrer do estágio fui adotando um conjunto de comportamentos baseado no perfil de competências do enfermeiro com formação em Enfermagem Médico-cirúrgica ao nível dos

diversos saberes, desde o saber, o saber - fazer, o saber - ser, o saber - aprender, com o intuito de saber - transformar.

Na minha opinião, a melhor aprendizagem é aquela que parte do interesse em descobrir. Não é apenas aquilo que nos ensinam, mas aquilo que pesquisamos porque gostamos e temos necessidade/vontade de saber. Neste sentido, procurei sempre pesquisar sobre os assuntos que me traziam dúvidas e refletir sobre as atividades desenvolvidas, o que me permitiu identificar melhor as minhas necessidades de aprendizagem e, assim, empenhar-me mais na resolução dos meus pontos fracos, podendo sempre contar com a colaboração e apoio imprescindível da Enfermeira Tutora.

O método de trabalho adotado na Unidade é o de enfermeiro responsável, no qual, de acordo com Hesbeen (2001, p. 139) cada enfermeiro “é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário”. O enfermeiro presta todos os cuidados ao doente que lhe é atribuído, sendo estes da sua inteira responsabilidade, durante o período do seu turno. Ao realizar o estágio na UCIP adquiri conhecimentos e técnicas que me levaram à aquisição e ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializado à pessoa em situação crítica, sendo esta “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho de 2018, p. 19362). Sendo assim, a competência do Enfermeiro é de cuidar do doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Embora pela pandemia que vivenciamos, a patologia mais comum seja a pneumonia por Sars cov 2, o facto de se tratar de uma UCIP permitiu-me encontrar diversas patologias, tendo-me permitido uma apreensão mais ampla desta realidade, designadamente uma apropriada avaliação dos diferentes procedimentos, cuidados específicos e diferentes métodos de monitorização como meio para uma eventual antevisão de situações complexas, em relação ao doente, segundo a sua patologia, numa perspetiva profissional avançada, traduzindo-se num maior enriquecimento pessoal e profissional, o que me permitirá no futuro dirigir, adequar e melhorar a minha resposta às necessidades da pessoa em situação crítica.

Após a fase de adaptação, seguiu-se a fase de desenvolvimento de atividades de enfermagem mais específicas, na qual conclui que a teoria aprendida durante as aulas se torna insuficiente perante a diversidade de problemas com que nos podemos deparar na prática, percebendo, assim, que em todo o contexto de intervenções de Enfermagem Médico-

Cirúrgica e a sua dinâmica, temos de aprofundar muito os nossos conhecimentos relativos à mesma.

Assim sendo, no que ao nível técnico diz respeito, tive a oportunidade de realizar inúmeras técnicas, recorrendo a estratégias que me auxiliaram a atingir os objetivos que delineei no início do ensino clínico. Consultei, conheci e apliquei na prática protocolos terapêuticos do serviço que estavam definidos nos objetivos específicos (noradrenalina, nutrição entérica, entre outros). De salientar, a ajuda que tive da Enfermeira Tutora no sentido de compreender alguns dos protocolos e a sua aplicação de acordo com o utente, uma vez que estes protocolos diferenciavam em alguns aspetos daqueles a que estou habituada no meu local de trabalho.

Tive a oportunidade de preencher a listagem de diagnósticos de enfermagem relacionados com os cuidados específicos ao doente de acordo com a sua situação clínica.

Durante o ensino clínico, vivenciei momentos de aprendizagem completamente novos, um deles diz respeito a um doente com insuficiência respiratória tipo 1, com pneumonia de aspiração, lesão renal aguda por desidratação e consumo de anti-inflamatórios não esteroides e encefalopatia urémica pelo que iniciou diálise. Iniciou choque circulatório com necessidade de aporte de aminas (noradrenalina) e foi entubado com tubo 7.5, tendo iniciado ventilação mecânica colocado cateter venoso central (CVC) na jugular esquerda e linha arterial na umeral esquerda.

Relato este caso clínico uma vez que o doente teve de ser conectado a um aparelho Prisma Flex, tendo sido a primeira vez que lidei com uma situação análoga. À primeira vista pareceu ser muito complicado, porém a Enfermeira Lúcia explicou-me o funcionamento e os parâmetros que podemos ajustar para atingir os objetivos propostos para o doente nomeadamente no que respeita à diurese e a gestão de minerais nomeadamente cálcio. Verifiquei que este aparelho de hemodiálise contínua Prisma Flex pode salvar vidas, em indicações muito específicas, para determinado perfil de doente crítico com insuficiência renal aguda. É indicado em situações muito específicas e apenas em doentes muito graves. Deve ser usada em caráter de urgência e nos doentes que evoluem com insuficiência renal de uma causa infecciosa grave e que também estejam instáveis hemodinamicamente, como, em casos emergentes com comprometimento da função renal e da pressão arterial. Este equipamento realiza diálise contínua até 72 horas, muito utilizado em doentes internados em UCI.

Trata-se de um sistema flexível que satisfaz as exigências de várias terapias com uma plataforma versátil que pode ser personalizada para as necessidades específicas dos doentes. Como não existem dois doentes iguais, o Prisma Flex possibilita igualmente cuidados individualizados a cada doente. Contrariamente à hemodiálise intermitente ou diálise

lenta de baixa eficiência, a unidade de controlo do Prisma Flex foi criada para administrar a terapia de substituição renal contínua para: controlo metabólico, remoção de fluidos, controlo ácido/base e equilíbrio de eletrólitos. Sendo o tempo um fator fulcral, o Prisma Flex também fornece ajustes automáticos e *feedback* visual imediato acerca do tratamento<sup>1</sup>.

Cruto, Marques e Sampaio (2009) referem que as técnicas contínuas de substituição renal são usadas em cuidados intensivos no tratamento do doente crítico, com falência renal e instabilidade hemodinâmica. A técnica que o utente se encontrava a fazer era a técnica de hemodiafiltração venovenosa contínua. Esta técnica, segundo os mesmos autores, combina a hemodiálise contínua com a hemofiltração contínua. A solução de diálise é também utilizada e a substituição do fluido é feita através de perfusão dentro da linha de entrada e de saída do fluxo sanguíneo. Permite a eliminação de pequenas e grandes moléculas, bem como uma remoção aceitável de fluidos. É um método de escolha em doentes críticos hemodinamicamente instáveis.

Assim sendo, considero esta experiência muito enriquecedora para mim enquanto profissional de saúde e principalmente para a minha formação enquanto enfermeira especialista, pois estes turnos permitiram-me adquirir conhecimentos específicos e experiência no cuidar de um utente como este e ter de lidar com esta técnica e este aparelho, o será quase impossível no meu futuro, tendo desenvolvido competências técnico-científicas no âmbito das técnicas substitutivas da função renal em Cuidados Intensivos, sobretudo na utilização do Prisma Flex com citrato. Considero que aprendi a reconhecer e a gerir adequadamente os cuidados a prestar à pessoa em situação crítica com necessidade de técnicas de substituição da função renal.

Ainda relativamente a este caso clínico, importa referir que aspiração, segundo a CIPE® Versão 2, diz respeito ao processo do sistema respiratório comprometido, inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou os pulmões. O termo aspiração refere-se ao “conteúdo oral ou gastrintestinal passa pela laringe e traqueia e atinge os pulmões, sem indicar a natureza do material ou as consequências do evento”, o conteúdo aspirado varia e pode incluir “secreções, sangue, bactérias, líquidos ou partículas alimentares” (Bisinotto, Silveira & Martins, 2014, p. 57). Por sua vez, ventilação, a CIPE® Versão 2 refere-se a este foco como um processo do sistema respiratório que consiste no deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados, profundidade inspiratória e força expiratória. “A ventilação é regulada pelos centros respiratórios e depende

---

<sup>1</sup> Sistema PRISMA FLEX para cuidados críticos. Disponível em <https://www.baxter.pt/pt-pt/healthcare-professionals/critical-care/prismaflex-system-critical-care>

da contração e relaxamento coordenados das várias estruturas: músculos e caixa torácica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 44). Ainda de acordo com o mesmo organismo, a ventilação inclui “o movimento de entrada do ar, a inspiração (que é um processo ativo) e o movimento de saída do ar, a expiração (que é um processo passivo)”.

O doente em causa foi vigiado de forma contínua com monitorização ininterrupta. Importa referir que um número significativo de mudanças “clínicas pode afetar a dinâmica cerebral e o cérebro secundariamente, bem como aumentar a lesão primária” (Barreto, 2017, p. 13). Ainda segundo a mesma autora, algumas dessas mudanças podem ser prevenidas e/ou tratadas atempadamente, o que resulta no aumento da oportunidade de recuperação neurológica do doente crítico. Por conseguinte, assume extrema importância “o conhecimento da fisiologia, da monitorização do *status* neurológico e das suas consequentes intervenções efetivas”, o que implica que os profissionais de saúde se antecipem e instituem medidas de profilaxia, bem como mantenham “a monitorização constante para o diagnóstico das complicações mais prováveis” (Barreto, 2017, p. 27).

Tive também a oportunidade de assistir a uma traqueostomia, o que me levou a consultar e conhecer os procedimentos do serviço relativos ao cuidar do doente com tubo endotraqueal, do doente com traqueostomia, aspiração de secreções e o protocolo de aspiração de secreções em circuito fechado, assim como aprofundei conhecimentos e prestei cuidados ao doente traqueostomizado.

A traqueostomia consiste no procedimento cirúrgico com abertura da parede anterior da traqueia, na sua porção cervical para ventilação. Este procedimento pode ser realizado através da técnica cirúrgica ou percutânea, mais frequentemente utilizada em cuidados intensivos (Ricz, Mello, Freitas & Mamede, 2011). De acordo com os mesmos autores, a indicação mais comum para realização de traqueostomia é a necessidade de ventilação mecânica invasiva prolongada. Por conseguinte, a traqueostomia é um procedimento usado em doentes que necessitam de suporte ventilatório prolongado, configurando-se como uma solução de último recurso, uma vez que se trata de um método invasivo, sendo recomendada a sua realização nos casos em que a ventilação mecânica invasiva se prolonga para além dos dez dias. Quer em doentes com TOT quer em doentes TQT é importante controlar a pressão do cuff da cânula traqueal, pressões elevadas no cuff, acima de 30 cmH<sub>2</sub>O podem ocasionar danos teciduais, traqueomalácia, fístulas, estenoses, enquanto pressões abaixo de 20 cmH<sub>2</sub>O aumentam o risco de broncoaspiração e infeção respiratória. Por esses motivos, a mensuração da pressão do cuff é indispensável. Nascimento (2016) refere que as evidências mostram que a pressão do tubo endotraqueal mantidas em valores acima de 30 cmH<sub>2</sub>O podem propiciar complicações como a estenose da traqueia, a necrose da cartilagem

traqueal, traqueomalácia, entre outras. Atualmente, o valor de referência estipulado é de 18-22 mmHg ou 25 a 30 cmH<sub>2</sub>O. Por conseguinte, manter níveis de pressão abaixo dos valores de referências pode levar o doente a desenvolver broncospasmos, pneumonias e complicações na dinâmica respiratória. O ideal consiste em manter os níveis de pressão idênticos à pressão de perfusão sanguínea das mucosas traqueais à volta de 25-35 mmHg ou 20-30 cmH<sub>2</sub>O.

Outra oportunidade de aprendizagem foi ter colaborado no desmame da curarização, e desmame da sedação para posteriormente ser efetuado desmame ventilatório. O desmame ventilatório consiste numa fase crítica do processo de ventilação mecânica invasiva. Para Ricz et al. (2011), o processo de desmame inicia quando a pessoa começa a respirar espontaneamente, quando existe estabilização do quadro clínico e controlo dos fatores responsáveis pela insuficiência respiratória. Assim, é necessário que o desmame ventilatório seja realizado logo que estejam reunidas as condições de máxima segurança e o mais precoce possível.

Foi também importante a gestão da dor, visto que esta está “quase sempre presente na pessoa em situação crítica e a sua manifestação relaciona-se com a patologia de base que motivou” (Teixeira & Durão, 2016, p. 136). De acordo com as mesmas autoras, a experiência vivenciada por cada doente é também “agravada pela dificuldade de comunicação, pelo medo e ansiedade, pela sedação e reflete-se no seu estado geral, manifestando-se através de mudanças do nível da consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas” (p. 136). Assim, o controlo da dor na pessoa em situação crítica pode levar à diminuição do risco de complicações, o que justifica que a sua avaliação e tratamento seja uma prioridade. A dificuldade na monitorização da dor surge quando estamos perante a pessoa em situação crítica, “habitualmente com alterações de consciência, por sedação ou não, que apresenta alterações da comunicação verbal, normalmente por presença de tubo orotraqueal ou até mesmo por ventilação não invasiva contínua” (Teixeira & Durão, 2016, p. 136). Nestes doentes, ainda em consonância com as mesmas autoras, o enfermeiro pode “basear-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor. As escalas que contemplam estes indicadores são denominadas escalas comportamentais de dor e são um importante instrumento de monitorização e avaliação da dor em cuidados críticos” (Teixeira & Durão, 2016, p. 136).

No doente em estado crítico, os diagnósticos de admissão são múltiplos, geralmente estão dependentes de ventilação mecânica, com sedação e analgesia em perfusão o que induz lacunas na avaliação da dor. Apresentam patologias diversas, tendo em comum a insuficiência respiratória e o serem dependentes nas suas atividades de vida diária. São

múltiplos os fatores que interferem na percepção de dor e na sua avaliação. Neste âmbito, para a avaliação da intensidade da dor utilizei a Escala Visual Analógica (EVA) e Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID), cujos critérios de inclusão são: estar submetido a ventilação mecânica, incapacidade para comunicar, de forma verbal e/ou motora; tendo como critérios de exclusão: doentes com capacidade para efetuar autoavaliação da dor; ventilação espontânea; tetraplegia; tratamento com bloqueantes neuromusculares; coma profundo por afetação metabólica ou neurológica, ou induzido por barbitúricos, Glasgow Coma Score  $\leq$ ; Polineuropatía do doente crítico; e morte cerebral. A ESCID subdivide-se em 5 domínios: expressão facial; tranquilidade; movimentos corporais, abarcando a cabeça e os membros; adesão a ventilação mecânica e a confortabilidade. Com pontuação de 0 a 2 pontos em cada domínio e uma totalidade de 0 a 10 pontos. Essa escala foi comprovada válida em pessoas em situação crítica com ventilação mecânica e pós cirúrgica (Silva, Souza & Oliveira, 2019). Importa salientar que a avaliação regular da intensidade da dor resulta na melhoria do desfecho e melhor qualidade de vida dos doentes, particularmente dos que se encontram em cuidados intensivos.

Para avaliação da sedação utilizei a *Richmond agitation Sedation Scale* (RASS), que foi criada em Richmond, nos Estados Unidos da América, por uma equipa multidisciplinar, que acrescentou um novo parâmetro, o tempo de contacto visual mantido pelo doente. A escala permite classificar o doente em pontos positivos e negativos, sendo que: 0 pontos correspondem a doente alerta e calmo; 1 a 4 classifica-o como combativo, violento; -1 a 5 classifica-o como sem resposta ao estímulo verbal ou físico. Os cuidados de saúde prestados aos doentes em situação crítica com sedativos e analgésicos internados numa UCIP devem ser regularmente avaliados para que se possam garantir que as metas pré-definidas são alcançadas, minimizando o risco de complicações resultantes de tempos de sedação prolongados (Namigar, Serap, Esra, Özgül, Can, Aysel & Achmet, 2017). Segundo o estudo de Andersson, Bergman, Henoch, Wickström Ene, Otterström-Rydberg, Simonsson & Ahlberg (2017), os profissionais de saúde necessitam de ter um maior conhecimento sobre a importância da classificação e gestão da dor em cuidados intensivos. Uma parte vital da gestão da dor na UCIP é a avaliação contínua dos resultados do tratamento para prevenir a dor intensa e o sono perturbado. A complexidade da dor e da sua gestão requer compromisso, tempo e conhecimento por parte da equipa de saúde.

Neste sentido, Ferreira, Mirdanda, Leite, Revés, Serra, Fernandes e Freitas (2014) reforçam que a autoavaliação do doente é considerada o *gold-standard* da avaliação da dor, destacando o recurso à EVA e Escala Numérica de Dor, consideradas as mais válidas e fiáveis em doentes conscientes e colaborantes. Na mesma linha de pensamento, Namigar et al. (2017) referem que estas escalas possibilitam a identificação da intensidade da dor, o que

permite implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas, bem como a avaliação da sua eficácia. Todavia, importa referir que, segundo Teixeira e Durão (2016), a dificuldade na monitorização da dor emerge quando se está perante a pessoa em situação crítica, por norma com alterações de consciência, por sedação ou não, resultando em alterações da comunicação verbal, normalmente por presença de tubo orotraqueal ou até mesmo por ventilação não invasiva contínua.

Importa salientar que não tive a oportunidade de monitorizar a pressão intracraniana (PIC), que consiste na pressão exercida pelo líquido no interior do crânio. A PIC é uma situação clínico-patológica na qual a pressão aumenta como resultado da presença de três componentes: o componente parenquimatoso composto pela estrutura encefálica, o componente formado pelo líquido, LCR (líquido cefalorraquidiano) nas cavidades ventriculares e do espaço subaracnoide e o componente vascular. O valor normal da PIC varia de 0 a 15 mmHg, sendo avaliada com a pressão líquórica intraventricular com o doente em decúbito dorsal e com a cabeça levemente elevada (Arruda, Calheiros, Sales et al., 2017, p. 63).

A monitorização da PIC consiste num dos principais focos de atenção da equipa no cuidado ao doente, um procedimento fundamental para orientar e otimizar os cuidados e o tratamento, na medida em que possibilita a deteção precoce e o diagnóstico de insultos secundários (Haddad & Arabi, 2012).

A gestão da PIC assume-se como fundamental por parte da equipa de enfermagem, a qual pode realizar intervenções específicas para a manutenção dos valores de PIC e a diminuição dos mesmos, pretendendo-se valores abaixo de 20mmHg) e, através da vigilância, monitorização e promoção da segurança do doente, pode prever-se e/ou detetar-se precocemente qualquer possível alteração na pressão intracraniana e atuar em conformidade, objetivando a prevenção de lesões secundárias e resultantes complicações transitórias ou permanentes. Os enfermeiros vigiam as alterações e as tendências da PIC, da pressão arterial, pressão arterial média, pressão de perfusão cerebral, oxigenação e função neurológica que podem sinalizar alterações na dinâmica intracraniana, intervindo sempre que necessário (Olson, Batjer, Abdulkadir & Hall, 2014; Olson, Parcon, Santos, Santos, Delabar & Stutzman, 2017).

A PIC pode ser usada como um índice de gravidade da lesão e para determinar o prognóstico em determinadas circunstâncias. Na gestão da PIC, são vários os parâmetros a serem considerados pelo enfermeiro (cf. Anexo I), para além do valor da mesma, dado que este é mais importante se analisado conjuntamente com outras variáveis, nomeadamente a pressão de perfusão cerebral, bem como outros fatores contribuintes para um apropriado fluxo

sanguíneo cerebral (Olson et al., 2017). Preconiza-se manter os valores de pressão de perfusão cerebral entre 60 e 70 mmHg (*Brain Trauma Foundation, 2016*). Ao nível da monitorização multimodal, são inseridos mais sensores que possibilitam a medição da oxigenação do tecido cerebral (pressão parcial de oxigénio do tecido cerebral (PtiO<sub>2</sub>) - método invasivo e regional), espelhando o equilíbrio entre o fornecimento de oxigénio e o consumo cerebral do mesmo e possibilita detetar a isquemia precoce de tecido ou um evento hipóxico (Causer, Zipf & George, 2011).

Quero ainda salientar a relação que estabeleci com os doentes, sendo a comunicação de grande importância, mesmos com aqueles que se encontram que estão sedados. A comunicação é um instrumento extremamente importante no processo de cuidar, principalmente quando se trata de um doente em situação crítica, no sentido de fortalecer o vínculo entre o doente /profissional. Uma comunicação eficaz em cuidados intensivos é fundamental para o desenvolvimento da relação terapêutica que deve existir entre o doente, seus familiares e equipa. A comunicação é parte essencial das boas práticas dos profissionais de saúde e é a base para a construção de um relacionamento de confiança que irá melhorar muito o cuidado prestado e ajudar a reduzir a ansiedade e o stresse dos doentes e suas famílias. Como tal, foi muito importante desenvolver as minhas competências comunicacionais, ao longo do estágio, para que pudesse tornar mais qualificativos os contactos interpessoais com os doentes e membros da equipa que integrei. Uma comunicação eficaz é um componente-chave para a prestação de cuidados de qualidade, permitindo que os doentes compreendam o que está a acontecer e se ajustem às novas situações (Caswell, Pollock, & Harwood, 2015). Uma boa comunicação resulta numa maior sensação de bem-estar, promoção da esperança, conforto e diminuição de sentimentos de angústia comumente experienciados pelos doentes e seus familiares.

Neste âmbito, saliento que devido à situação de pandemia por COVID-19, foram restritas as visitas dos familiares. No entanto, tive contacto com os familiares de um doente, percebi a forma como são recebidos pelo Enfermeiro responsável pelo doente, sendo necessário uso dos equipamentos de proteção individual, para que pudessem visitar o seu ente querido. Foi necessário informar a família sobre o estado clínico do doente e para que estes estivessem preparados para o que iriam ver. Neste sentido, é fundamental uma relação de empatia e de confiança. A comunicação empática requer atenção e é um meio para permite ao doente e seus familiares expressarem os seus sentimentos, resultando também numa maior troca de informações, maior parceria e confiança interpessoal (Tsang, 2013). Devido à impossibilidade de visitas aos doentes internados por causa da COVID-19, os profissionais de saúde utilizam alguns meios disponíveis, nomeadamente alguns equipamentos doados, de forma a incentivar e a promover o contacto entre os doentes e seus familiares. São

realizadas chamadas de voz de forma regular pelo médico para o familiar «significativo» do doente internado, para informar do seu estado clínico. Esta prática procura, acima de tudo, tranquilizar os estados de maior tristeza ou de ansiedade sentidos, quer por parte dos doentes quer dos seus entes queridos. No âmbito da humanização, foram também possibilitadas visitas excepcionais, como, por exemplo, em situações de fim de vida, assegurando sempre os cuidados de prevenção de contágio. Verifiquei que, apesar de todas estas restrições decorrentes da pandemia, a equipa de enfermagem continua a demonstrar grande empatia e humanidade para ser sensível à necessidade do outro. Continua-se a fazer chegar informação aos familiares e/ou pessoa significativa com o mesmo empenho. Os processos de comunicação são fluidos, com mensagens claras e precisas, demonstrando que a humanização é parte integrante da arte de cuidar.

Foi notória a relação empática que os profissionais estabelecem com os familiares do doente em questão, permitindo-me compreender a sua situação, as suas perspetivas, emoções e reações, sendo esta uma tentativa calorosa e gentil de compreender o seu estado emocional. Na minha prestação de cuidados centrados quer no doente, quer na família, recorri à “empatia”, à “simpatia” e à “compaixão”, sendo estes princípios importantes no atendimento ao doente e à sua família, estando intimamente interligados, como referem Sinclair, Beamer, Hack, McClement et al. (2017).

Ao longo do estágio utilizei várias medidas de prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e os princípios e técnicas de assepsia. Para a minimização dos riscos de infeções associadas à ventilação mecânica e tendo em conta que os doentes internados na UCIP2, na sua maioria, estão conectados a prótese ventilatória, quer pela sua instabilidade ventilatória, quer hemodinâmica, no serviço foram selecionadas medidas preventivas da pneumonia associada a ventilador (PAV) para integrar as medidas integrantes da “bundle” de prevenção da PAV, que consistem na elevação da cabeceira da cama (30-45°); higiene oral, aspiração de secreções supraglóticas e a interrupção diária da sedação. A PAV é uma infeção grave adquirida no serviço de medicina intensiva em doentes submetidos a intubação e ventilação mecânica por mais de 48 horas. Trata-se de uma infeção possível de ser prevenida com o cumprimento de medidas simples “bundle” e a sua prevenção assume-se como um grande desafio à prática de enfermagem.

A Direção-geral da Saúde (2007) refere que a PAV precoce ocorre quando há uma quebra nas defesas do hospedeiro, fomentando a colonização microbiana, dado que a presença de um tubo endotraqueal, sinónimo de uma via aérea artificial, causa transformações nos mecanismos de defesa da via aérea, constituindo igualmente um acesso direto às vias aéreas. Assim, os agentes patogénicos podem atingir o aparelho respiratório

inferior por microrganismos a partir da orofaringe; inoculação durante a entubação ou no ato da aspiração de secreções; inalação de aerossóis contaminados e possível translocação bacteriana (menos frequente). A PAV é das infeções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes nas unidades de cuidados intensivos, com um impacto significativo para os serviços de saúde, uma vez que prolonga o tempo de internamento, o tempo de ventilação mecânica e, conseqüentemente, aumenta os custos financeiros para a instituição de saúde (Bird, Zambuto, O'Donnell, Silva, Korn et al., 2010). Neste sentido, a utilização das “bundles” tem como objetivo reduzir a variabilidade de práticas, orientando os profissionais de saúde para as que se encontram em conformidade com a atualidade científica, com diminuição das taxas de incidência de infeções associadas à ventilação mecânica, bem como promovem a melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, resultam num melhor prognóstico do doente crítico. A “bundle” é uma estratégia que se baseia em evidências que podem prevenir e/ou diminuir o risco de complicações (Cruz, 2018). Por conseguinte, verifiquei que esta prática se configura como uma medida para uma abordagem padrão integrada no plano de cuidados da UCIP2. A “bundle” está bem implementada na UCIP2, tendo, assim, implementado essas medidas, designadamente a lavagem da mucosa oral e dentes com uma diluição de água bidestilada e Solução Tantum Verde® - Cloridrato de Benzidamina (0,15%) na proporção de 1:1, com auxílio da aspiração e ação mecânica de esponjas próprias. Depois da lavagem, aplicava em toda a cavidade oral clorhexidina gel 2%, com uma esponja limpa. Procedi igualmente à verificação do cuff, antes da realização da higiene oral, da mudança de posição do doente ou sempre que era necessário.

No que se refere à gestão dos recursos, percebi que o horário de 12:30 realizado pelos Enfermeiros da UCIP2 deve-se à necessidade de gestão de recursos, pois num período muito reduzido foi necessário ativar mais 16 camas de UCIP e, por conseguinte, gerir os horários. Quanto à gestão do material, esta é realizada sobretudo pelo enfermeiro responsável que, no início do turno, efetua o levantamento do material/terapêutica em falta e efetua o pedido. Em todos os turnos, tendo por base o turno de duração de 8h (8-16h/16h-24h e 0h-8h), é efetuada a monitorização e o registo de estupefacientes existentes, sendo que o pedido é feito informaticamente e o levantamento é efetuado pelo Enfermeiro responsável na farmácia, mediante a apresentação do documento que identifica o doente e os profissionais envolvidos na prescrição e administração do estupefaciente.

Ao fazer uma retrospectiva deste ensino clínico permite-me afirmar que as práticas de cuidado são imbuídas de conhecimento e de habilidade sobre o quotidiano e as necessidades humanas, para serem experienciadas como cuidados, essas práticas devem estar sintonizadas com a pessoa/família específica que está a ser cuidada e com a situação particular à medida que ela se desenrola. A filosofia da prática de enfermagem é uma

abordagem holística dinâmica e emergente, uma perspectiva que sustenta uma filosofia de cuidados humanizados. A realização deste ensino clínico apontou para a importância de se ver o doente/família como ser humano único, de acordo com a sua experiência vivenciada. Uma abordagem holística significa que cada elemento da equipa esteja bem familiarizado com a situação de vida do doente. Este é um processo que requer um esforço contínuo.

Quero também expressar que a UCIP se assumiu como um desafio, pois era uma realidade que eu desconhecia, mas que me permitiu desenvolver competências de forma a poder proporcionar à pessoa em situação crítica cuidados especializados.

Por fim, quero deixar registado que na UCIP surgem situações complexas que exigem uma intervenção multidisciplinar, uma prestação de cuidados individualizados, especializados e uma resposta em tempo útil. Neste contexto, considero ter alcançado competências que me permitam mobilizar os meus conhecimentos para que a minha intervenção seja holística e de qualidade. Julgo que consegui atingir com sucesso os objetivos a que me propus, tendo procurado aproveitar todas as oportunidades para a minha aprendizagem. Esta experiência fez-me sentir e vivenciar uma realidade diferente, tendo resultado num conjunto de saberes que impreterivelmente irão ser de extrema valia na minha vida profissional futura. Posso garantir que me proporcionou oportunidades para a aquisição de novos conhecimentos e aprofundamento de outros, para o desenvolvimento de aptidões, aperfeiçoamento de destreza manual e habilidades técnicas, o que me permitiu realizar as atividades de forma mais segura e autónoma.

O ensino clínico constituiu-se como um desafio para a minha aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento da capacidade de reflexão e desenvolvimento pessoal e profissional. Esta foi uma prática muito enriquecedora em momentos de aprendizagem, dirigidos à pessoa em situação crítica, permitindo-me desenvolver competências e estabelecendo uma ligação entre a teoria e a prática.

## Parte II

### Estágio de Urgência

O estágio decorreu no SUP, *situ* na Unidade de Viseu do CHTV, um nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência/emergência. Tem como recursos humanos enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de imagiologia, administrativos, seguranças e agente da polícia de segurança pública. Estes recursos humanos, devido à atual contingência decorrente da pandemia por COVID-19, foram reforçados, o que se traduz numa dotação de mais elementos nas várias equipas.

A equipa de enfermagem está dotada de 96 enfermeiros, agrupados em 6 equipas, dos quais 6 são chefes de equipa e 1 Enfermeiro em funções de gestão do Serviço de Urgência. O método de trabalho utilizado é o método individual, promovendo cuidados de qualidade e personalizados.

Em relação ao espaço físico da urgência, o mesmo encontra-se em constante alteração, quer por causa da pandemia, quer por causa das obras de requalificação e ampliação.

Atualmente, o SUP possui 8 unidades funcionais: gabinete de triagem, sala de emergência, pequena cirurgia, área médica menos urgente, área médica urgente, unidade de decisão clínica, sala de observações, contando recentemente com a área de diagnóstico respiratório:

Gabinete de Triagem: possui dois postos, onde os utentes são atendidos, orientados e encaminhados para os respetivos locais de forma rápida e eficaz, em conformidade com as prioridades estabelecidas pela Triagem de Manchester, com recurso ao programa ALERT-EDIS®;

Sala de Cuidados intensivos (anteriormente designada sala de emergência): destina-se à prestação de cuidados intensivos emergentes e de curta duração a doentes críticos com patologia médica, patologia cirúrgica ou vítimas de trauma. Dispõe de 4 unidade individuais, cada uma equipada com monitor/desfibrilhador, ventilador, rampa de oxigénio, ar respirável, rampa de aspiração, seringas, bombas infusoras e carro de apoio com todo o material clínico e farmacológico indispensável ao tratamento da pessoa em situação crítica com necessidade de cuidados emergentes;

Sala de pequena cirurgia: área na qual os doentes são observados e onde se prestam cuidados às pessoas vítimas de trauma com ferimentos de distintas etiologias, todavia sem compromisso das funções vitais. Realiza-se o tratamento de feridas, suturas e pequenas

cirurgias. Esta sala tem 2 unidades de prestação de cuidados, dispendo de 2 marquesas, possuindo cada unidade todo o material de apoio;

Sala de Cuidados de Enfermagem Urgentes: esta sala é destinada à prestação de cuidados aos doentes que se encontram em maca (independentemente da prioridade atribuída e do encaminhamento para a área médica urgente ou não urgente), cadeira de rodas ou a pé (doentes de todas as especialidades médicas). Nela realizam-se cuidados técnicos nomeadamente: colheita de sangue para análises, cateterismo vesical, entubações oro/nasogásticas, enemas de limpeza, terapêutica em perfusão intravenosa, apoio às especialidades cirúrgicas e médicas, cuidados de higiene e de conforto;

Sala de Cuidados de Enfermagem Menos Urgentes: área para onde são encaminhados os utentes que deambulam a pé e/ou cadeira de rodas encaminhados, após triagem de prioridades para a triagem médica;

Unidade de Decisão Clínica: área polivalente, na qual podem permanecer utentes do foro médico e do foro cirúrgico que precisam de monitorização e vigilância permanente (idealmente durante um período de 6-8 horas). Tem a capacidade para 6 unidades individualizadas, contando cada uma com equipamento de monitorização cardíaca, bombas infusoras, rampas de oxigénio, rampas de ar e sistemas de aspiração.

Sala de Observação: esta tem a capacidade para 9 camas, uma das quais é um quarto de isolamento. Destina-se aos utentes com necessidade de curto internamento (idealmente inferior a 24 horas) para vigilância da sua situação clínica;

Área de Diagnóstico Respiratório (ADR): destina-se à admissão de utentes com critérios clínicos suspeitos de infeção por COVID-19. De acordo com a norma da DGS 004/2020 atualizada em 19/04/2021 são consideradas suspeitas de infeção por SARS-CoV-2 as pessoas que apresentem quadro de infeção respiratória aguda com, pelo menos, um dos seguintes sintomas: tosse de novo, ou com agravamento do padrão habitual; febre (temperatura  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ ) sem outra causa atribuível; dispneia/dificuldade respiratória, sem outra causa atribuível; anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito.

A ADR está localizada no Hospital Dia de Ginecologia. Nesta área existe um posto de triagem; wc para utentes, sala para doentes não urgentes, um gabinete médico, sala de stock, sala de observação de doentes em maca; duas salas de doente crítico com capacidade para 2 utentes cada, equipadas com monitor, ventilador, rampas de oxigénio, rampa de aspiração. Existe ainda, carro de emergência, aparelho de gasometria, sala de enfermagem, sala de sujos e uma copa onde acondicionamos pequenos lanches para os doentes. Possui uma antecâmara onde os profissionais vestem o equipamento de proteção individual respeitando as indicações da Norma 007/2020 da DGS em vigor e que dá acesso à urgência geral.

Em termos de registos o SU apresenta uma aplicação administrativa de informação e gestão de doentes (Sistema Integrado de Informação Hospitalar - SONHO®) e uma aplicação clínica, compatível com outros módulos e aplicações informáticas existentes no CHTV (ALERT®).

O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem é preferencialmente o método individual, proporcionando cuidados personalizados, centrados na particularidade e singularidade de cada cliente, permitindo a planeamento dos cuidados, a realização dos mesmo e a avaliação. Porém esta prática não é transversal a todo o serviço de urgência, nomeadamente na sala de doentes urgentes, pela afluência elevada de doentes esta prática é difícil de concretizar e por conseguinte todo o processo do cuidar do doente de forma holística fica comprometido.

A passagem de turno de enfermagem é realizada no início de cada turno pelos enfermeiros dos respetivos postos de trabalho, junto do doente na sala de decisão clínica, sala de cuidados intensivos, sala de pequena cirurgia e sala de observações. Nestes espaços o momento da passagem de turno era efetivamente cumprido, e existe uma preocupação para se se cumpra a norma da DGS nº 01/2017 de comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde através do método ISBAR (I – identificação dos intervenientes na comunicação e do doente; S – situação atual, descrever o motivo da necessidade de cuidados; B – *Background* ou antecedentes; A – Avaliação, descreve o estado do doente atual, sinais vitais, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de saúde significativas; R – Recomendação – descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica dos doente. Na sala de doentes menos urgentes a passagem de turno é realizada dentro da sala e são apenas transmitidas situações específicas, como exames pendentes, ou eventualmente um doente alocada a essa área que a equipa considere que carece de uma vigilância maior.

No que concerne à gestão da medicação, existe um *stock* de medicação da urgência na Sala de Observação (SO) com pedido e reposição uma vez por semana, disponível para todo o SU, onde a medicação é gerida por sistema de stock avançado e repostado nas diferentes áreas de trabalho diariamente pelo enfermeiro responsável de sala.

O restante material é repostado por reposição por níveis.

No projeto de estágio foram definidas e planeadas as atividades a desenvolver para conseguir alcançar os objetivos propostos.

As várias atividades efetuadas ao longo do estágio contribuíram de uma forma muito positiva para o meu enriquecimento pessoal e profissional. Todas as atividades foram acompanhadas de reflexão aprofundada e sistematizada, de acordo com a situação, contribuindo para a aquisição das competências pretendidas

A competência consiste conciliar os três domínios do saber, nomeadamente o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser, no intuito de atuar em situações complexas

As competências comuns do Enfermeiro Especialista, tendo por base o Regulamento n.º140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são

- ✓ Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
- ✓ Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade
- ✓ Competências do domínio da gestão dos cuidados
- ✓ Competências do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do Enfermeiro Especialista de acordo com o Regulamento de competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica são:

- ✓ Cuidar da pessoa e família /cuidadores a vivenciar processos médicos / ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica;
- ✓ Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família /cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica;
- ✓ Maximizar a prevenção e intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica.

### **Objetivo 1 - Assumir responsabilidade profissional, ética e legal**

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

Tendo em consideração o espaço diminuto do serviço de urgência face à afluência de doentes, nomeadamente doentes alocados à área de cuidados urgentes, nem sempre é fácil assegurar a privacidade e a intimidade da pessoa doente, no entanto, tal como na minha prática diária, tentei sempre garantir essas condições, nomeadamente cobrir as partes do corpo que não precisam de ficar expostas, a utilização de vestuário adequado, na sala de cuidados correr as cortinas, fechar as portas, tentar alocar doentes mais confusos a áreas mais reservadas.

Acolhi o doente de forma empática, pois considero que este seja o primeiro passo para todo o cuidado, apresentei-me sempre ao doente, tratei-o pelo nome e solicitei o seu consentimento para a prestação de cuidados. Tão ou mais importante quanto a destreza nos procedimentos que é exigida ao enfermeiro de urgência é a relação humana, que se estabelece com o doente e família também em contexto de situações críticas. De ressaltar que em situações de emergência, o consentimento pode ser presumido, sendo este aplicado na “pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa” (DGS, 2015), pelo que considero ter atingido objetivo supracitado.

## **Objetivo 2 - Desempenhar um papel dinamizador para o domínio da melhoria da qualidade dos cuidados prestados**

Os cuidados especializados do enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica, requerem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, por forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro, com objetivo da melhoria contínua dos cuidados prestados.

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

O atual plano de 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro) visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, sendo a segurança considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. Pretende atingir o aumento da cultura de segurança do ambiente interno; da segurança da comunicação; da segurança cirúrgica; da segurança na utilização da medicação; da identificação inequívoca dos doentes; da prevenção de ocorrência de quedas; da prevenção da ocorrência de úlceras de pressão, da prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos e de assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.

Neste domínio considero ter tido um papel importante, nomeadamente e na área da prevenção da ocorrência de lesões por pressão e de quedas, da segurança na utilização da medicação, da identificação inequívoca dos doentes e na segurança da comunicação, garantindo sempre o cumprimento dos pressupostos, tendo em consideração as particularidades e dificuldades inerentes ao serviço de urgência.

No decurso do estágio percebemos que havia alguma dificuldade, por parte de alguns colegas relativamente à manipulação dos CVC (cateter venoso central) pelo que em conjunto com outra colega, realizamos um cartaz cujo objetivo é explanar de forma simples quais os fármacos a administrar em cada lúmen do CVC.

O CVC é um dispositivo invasivo, de material biocompatível e lúmen oco, que estabelece a ligação entre o meio externo e uma veia central, e tem tido uma crescente utilização no cuidar de pessoas que necessitam de intervenções terapêuticas complexas, nomeadamente no doente crítico. Contudo, se por um lado esta técnica facilita a prática de procedimentos terapêuticos, por outro, pode constituir um grave problema na vida de um doente, nomeadamente pelo risco de infeção associada. Desta forma, para além da correta colocação do cateter, é fundamental a segurança e eficiência na sua utilização e manipulação (Apêndice I).

Ainda relativamente a esta temática foi-nos proposto a realização de um trabalho relativo a alimentação dos doentes no serviço de urgência. Desde o início que encaramos este trabalho como um desafio, mas realizamos esforços no sentido de melhorar questão da alimentação, pois esta é uma necessidade humana básica alvo de preocupação dos doentes e suas família, pois os doentes estão em dias de maior afluência muitas horas sem comer.

Contactamos com outros hospitais sendo que o que a maioria nos refere é que o tempo de permanência de doentes de especialidades médicas não ultrapassa as 4h, e os doentes não urgentes não ultrapassam as 8h, sendo que doentes alocadas as especialidades médicas mantem jejum até decisão clínica, aos doentes não urgentes fornecem Kits de alimentação com bolachas e fruta após avaliação médica e prescrição.

Porque o doente no serviço de urgência está sujeito a realização de exames complementares e eventualmente intervenções cirúrgicas consideramos que a forma mais segura seria a prescrição da dieta pelo médico assistente, desta forma contactamos o gabinete de apoio a gestão que refere que o tempo médio de permanência do doente no SU o ano de 2019 foi de 05:27:57 e em 2020 foi de 05:38:33, estes dados tem como objetivo a sensibilização médica para o tempo de jejum, com frequência sem necessidade, que o doente tem durante a sua permanência. Após uma pesquisa exaustiva deparamo-nos que não existe base legal que sustente a intervenção sendo que tal informação foi confirmada pela Ordem

dos Enfermeiros. Apesar de todos os constrangimentos tentamos realizar um trabalho que não foi concluído por défice de fundamentação teórica.

### **Objetivo 3 - Participar na gestão dos cuidados**

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Ordem Enfermeiros, 2019).

A escala dos enfermeiros é feita por equipas e em cada turno de trabalho, um Enfermeiro fica escalado como Responsável de Turno, normalmente é o responsável da equipa que esta de turno, no entanto, na ausência desse elemento o Enfermeiro Chefe define outro elemento, sendo que é sempre um enfermeiro especialista a assumir este posto de trabalho.

No âmbito da gestão dos cuidados o enfermeiro especialista tem de desempenhar um papel de líder e sendo um elemento de coesão e segurança, confiança na equipa.

Uma das funções deste Enfermeiro é a substituição do Enfermeiro Chefe na sua ausência, assumindo a competência de gestão dos cuidados, liderança da equipa, gestão de materiais, *stocks* e recursos humanos no sentido de manter o bom funcionamento do serviço.

O Enfermeiro Responsável de Turno tem uma visão geral do serviço, conhecimento de toda a organização, dinâmica e equipa multiprofissional, assim como das diferentes atividades a desenvolver nas diferentes áreas do SU. É também da sua competência a função de coordenação da equipa de Enfermagem e Assistentes Operacional nos diferentes postos de trabalho, gerindo ao longo do turno, de acordo com a afluência de doentes nas diferentes áreas, a deslocação de recursos no sentido de equilibrar a carga de trabalho e manter o bom funcionamento do serviço. Articular com o chefe de equipa quando surgem situações críticas para resolver. Supervisiona tarefas e avalia a execução das mesmas, garantindo a segurança e a qualidade. Por todos os serviços por onde tive oportunidade de trabalhar ou estagiar é sem dúvida no SU que o papel do Responsável de Turno é mais respeitado e com tarefas bem definidas.

#### **Objetivo 4 - Demonstrar desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

A formação permanente contribui para a prática pedagógica do enfermeiro por forma a garantir um crescimento de excelência a nível de conhecimentos, competências e atitudes

O Enfermeiro Especialista deve ter capacidade de autoconhecimento reconhecendo que interfere nas relações terapêuticas e multiprofissionais. Fundamenta a tomada de decisão e intervenções em conhecimentos válidos, atual e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (OE, 2019).

Compete a cada Enfermeiro ter uma atitude reflexiva e investir nas áreas de maior dificuldade, para além da participação no plano de formação do serviço, que pela COVID 19 tem vindo a ser protelada.

#### **Objetivo 5 - Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa**

Ao longo das 9 semanas de estágio tive inúmeras oportunidades de prestar cuidados ao doente crítico em todas as suas vertentes, detetando precocemente focos de instabilidade e atuando segundo as melhores práticas, com o objetivo de participar ativamente na sua recuperação com controlo da sua agudização. No que respeita a esta competência sinto que ao longo deste período desenvolvi sobretudo a minha confiança, assumindo um papel ativo na implementação de protocolos terapêuticos, nomeadamente os protocolos das vias verdes. No SU, o primeiro contacto doente/profissional inicia-se durante a triagem. A triagem utilizada no SU é a triagem Manchester,

A Triagem de Manchester corresponde a uma metodologia de trabalho implementada em Manchester em 1997. O seu objetivo é fazer seleção de prioridades, ou seja identificar critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada que indiquem a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo. O método consiste em identificar a queixa inicial e seguir o respetivo fluxograma. Na globalidade, existem 54 decisões que abrangem todas as situações previsíveis. O fluxograma contém várias questões a serem colocadas pela ordem apresentada, os chamados “discriminadores”. Perante a identificação do discriminador relevante determina-se a prioridade clínica e atribui-se a respetiva cor de identificação.

De acordo com a situação do doente, ao qual foi atribuída uma cor, corresponde um tempo máximo de espera previamente definido:

- Nível 1 - Prioridade Emergente - cor Vermelha – tempo atendimento 0 minutos;
- Nível 2 - Prioridade Muito Urgente – cor Laranja - tempo atendimento 10 minutos;

- Nível 3 – Prioridade Urgente – cor Amarela - tempo atendimento 60 minutos;
- Nível 4 - Prioridade Pouco Urgente – cor Verde - tempo atendimento 120 minutos;
- Nível 5 - Prioridade Não Urgente – cor Azul - tempo atendimento 240 minutos;

(Grupo Triagem Português [GPT], 2010, p- 54).

O Grupo Português de Triagem (2009) refere que o serviço de urgências é confrontado diariamente com um grande número de doentes que apresentam uma vasta gama de problemas, a sobrecarga de trabalho dos serviços varia de hora para hora e depende do número de doentes que a ela ocorrem e do estado que estes apresentem. Desta forma torna-se fundamental que se faça um processo de triagem rigoroso a todos os doentes para que estes sejam observados por ordem da necessidade clínica e não por ordem de chegada ao serviço.

Após ser efetuada a inscrição, é realizada a Triagem de Manchester, através da qual é determinada a prioridade de uma doença ou lesão atribuindo a prioridade para ser observado pelo médico. Depois de ser efetuada a triagem, os doentes são encaminhados de acordo com protocolos do serviço

Sou enfermeira triadora desde 2019 e considero este posto um dos mais exigentes no serviço, pois são naqueles 3 minutos (tempo preconizado de triagem) que tem início o contacto doente/enfermeiro, como tal a relação empática deve ser estabelecidas nesse momento, em simultâneo com a avaliação rigorosa e objetiva das queixas do doente.

- Nível 5 - Prioridade Não Urgente – cor Azul - tempo atendimento 240 minutos;

(Grupo Triagem Português [GPT], 2010, p- 54).

Outro aspeto fundamental, que eu procurei aperfeiçoar foi a assistência á pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação critica de saúde/doença e/ou falência orgânica. O acolhimento dos familiares de doentes críticos é uma situação geradora de várias emoções, difícil de gerir para qualquer profissional. Sempre que possível facilitei a presença dos mesmos junto do doente. Acolhi os doentes com competências humanas, assim como família/pessoa significativa. Durante o acolhimento é fundamental estabelecer uma relação de confiança e segurança tanto com o doente como com a família/pessoa significativa. Penso tê-lo conseguido, acolhendo com simpatia e disponibilidade e verificando que a ansiedade dos doentes e familiares e ou pessoa significativa reduzia significativamente.

Na triagem encontram-se incluídas as vias verdes (sépsis, acidente vascular cerebral e coronárias). Estas têm como objetivo o diagnóstico precoce e uma atuação o mais rápido possível. A via verde de sépsis ainda não se encontra instituída no serviço de urgência do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE. No ano de 2010, a Direção-Geral de Saúde publicou

a Circular Normativa Nº: 01/DQS/DQCO para a criação e implementação da Via Verde de Sépsis, com o objetivo de esta medida ser implementada até ao final do ano de 2011. Este documento surge, após se verificar que em Portugal, a mortalidade hospitalar por sépsis adquirida na comunidade foi quase três vezes superior à mortalidade dos casos resultante de acidente vascular cerebral, durante o ano de 2007. Para além disso, a mortalidade das formas mais graves de sépsis, como o choque séptico atinge os 51% (Portugal, MS, DGS, 2010b).

Desta forma, a sépsis representa um problema de saúde pública semelhante ao acidente vascular cerebral e ao enfarte agudo do miocárdio. No entanto, a incidência de sépsis aumenta 1,5% por ano. Neste sentido, é fundamental a implementação de protocolos e mecanismos organizacionais que permitam um diagnóstico rápido e atempado ao utente para a instituição de uma terapêutica otimizada (Portugal, MS, DGS, 2010b).

De acordo com as recomendações da Direção-Geral de Saúde achei pertinente abordar a Via Verde Sépsis e fundamentar a importância da sua implementação na triagem de Manchester deste serviço de urgência.

Os enfermeiros têm um evidente papel no reconhecimento de sinais e sintomas no doente vítima de AVC e na ativação da VV-AVC na triagem, caso não venha referenciada pelo CODU

Sempre que é ativada a VV AVC o doente é admitido na sala de emergência, onde é observado de imediato pelo médico de SE, que ativa o médico da VV AVC, sendo efetuados todos os procedimentos descritos no protocolo, com acompanhamento do utente aos exames complementares de diagnóstico. O acompanhamento do doente é realizado pelo enfermeiro de SE e médico da VV AVC. Se tiver critérios de iniciar trombólise, esta ainda no serviço de imagiológica. A rápida deteção e encaminhamento do doente são muito importantes pois a janela temporal da eficácia dos tratamentos a instituir é curta, diminuindo ao longo do espaço temporal, seguindo a máxima que tempo é cérebro.

Tive a oportunidade durante o decorrer do estágio de prestar os cuidados de enfermagem a vários utente triados e incluídos na VV AVC, oportunidade de realizar autonomamente os procedimentos protocolados, acompanhando os utente ao serviço de imagiologia onde iniciaram em alguns casos a terapêutica fibrinolítica, com a respetiva monitorização protocolada, e acompanhamento do mesmo ao serviço de internamento Unidade de AVC, ou retorno a SE.

Neste SU os critérios de realização de terapêutica fibrinolítica vão até às 4.5 horas e para trombectomia até às 6 horas, sendo que o tempo decorrido desde o início de sintomas para inclusão VV AVC vai até às 24 horas.

As Guidelines da European Stroke Organization (ESO) sobre trombólise intravenosa para AVC isquémico agudo recomendam a administração de Alteplase® até às 4,5 horas do início dos sintomas, reafirmando que a idade não é critério de exclusão. Refere que a ressonância magnética ou TC de perfusão devem ser usadas para definir o diagnóstico e que não é contraindicado realizar tratamento com Alteplase® quando: o doente tem hipertensão arterial, diabetes, derrame anterior ou enfarte, tome aspirina, tenha hiperglicemia no momento do AVC, esteja em crise epilética no momento do AVC ou tenha um aneurisma intacto. Reforça ainda, que deve ser evitado o tratamento fibrinolítico se o doente tomar anticoagulantes orais a menos que: tome varfarina e o INR seja inferior a 1.7; faça apixabana, dabigatrana, rivaroxabana, edoxabana, mas não tenha tomado nas últimas 48h antes do AVC (Berge et al, 2020).

No SU a VV Coronária é também ativada pelo enfermeiro de triagem sempre que o utente apresente os sinais de alarme, tais como dor torácica intensa, tipo pressão ou aperto, com irradiação para o braço esquerdo, pescoço, queixo ou região dorsal é encaminhado imediatamente para a SE para monitorização e realização de eletrocardiograma. A dor pode ser persistente ou intermitente, acompanhada de dispneia, náuseas, taquicardia e síncope. Nos diabéticos, pode manifestar-se apenas por falta de ar, fraqueza, sensação de indigestão e fadiga, em vez da comum dor no peito.

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) é definido como morte celular do miocárdio devido a isquemia prolongada, sendo que o risco sempre que existe elevação da onda ST existe uma lesão que pode comprometer a vida do doente rapidamente. Daí que sempre que, sempre que haja clínica suspeita o doente deve ser encaminhado para realização de ECG.

Sendo confirmado EAM com supra ST é realizada a tricotomia junto na artéria radial e inguinal esquerda e transferimos o doente para a sala de hemodinâmica juntamente com o médico a fim de realizar angioplastia primária. Este deverá ser o tratamento de eleição de primeira linha, sempre que seja possível dentro dos tempos janela, caso contrário deverá iniciar-se terapêutica fibrinolítica.

A abordagem à pessoa em situação crítica caracteriza sempre pelo estabelecimento de prioridades após a avaliação inicial com a qual pretendíamos identificar o compromisso de funções vitais ou lesões que poderiam comprometer a própria vida da Pessoa, tendo em conta a abordagem ABCDE (INEM, 2019):

- A - (Airway) - Vias aéreas (com controlo da coluna cervical em situações de trauma)
- B - (Breathing) - Respiração e Ventilação;
- C - (Circulation) - Circulação (com controlo da hemorragia, se presente);
- D - (Disability) - Exame neurológico

#### E - (Exposure) - Exposição

Em situações de vítimas em PCR foi possível pôr em prática o algoritmo de Suporte Básico e Avançado de Vida (SAV), assim como os cuidados de enfermagem pós PCR.

#### **Objetivo 6. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação**

O CHTV tem um Plano Hospitalar de Emergência Externa (P.H.E.E.), revisto e atualizado em fevereiro de 2019 definindo que poderão surgir ocorrências extraordinárias em dois níveis, nomeadamente por índice de rutura (quando a afluência ao serviço de urgência for superior a 30% das urgências habituais em 3 horas), ou por índice de catástrofe (quando for superior a 50% das urgências habituais em 4 a 5 horas). Podendo estas duas situações surgir em consequência da maior procura do SU ou para dar resposta a uma situação de multivítimas.

A Lei de bases da Proteção Civil – Decreto-Lei nº 27/2006 define “catástrofe como um acidente grave, ou uma série de acidentes graves de origem natural ou tecnológica, suscetíveis de provocar elevados prejuízos materiais e/ou vítimas (Portugal, Lei nº 27/2006).

Do ponto de vista médico, considera-se como Catástrofe toda a situação de procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados médicos de urgência, que esgote os recursos disponíveis. Pode resultar de um acidente natural ou de causa humana, podendo ocorrer em qualquer local (INEM, 2017).

No primeiro trimestre deste ano, o CHTV, EPE experienciou, tal como em quase todos os hospitais do país, uma situação de catástrofe devido à COVID-19.

A realização deste relatório de estágio assumiu um papel de extrema importância fornecendo um complemento a todo o processo de aprendizagem do ensino clínico de Urgência Geral, ajudando à minha reflexão e avaliação da minha evolução.

Com este documento pretendo transmitir a minha conceção do que é ser um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para além da capacidade de prestar cuidados de enfermagem gerais de excelência, é aquele elemento a quem os outros procuram colaboração e apoio quando surge uma dúvida ou um problema para resolver. O enfermeiro deverá basear a sua ação na atividade científica, deverá supervisionar e avaliar cuidados prestados, acompanhando de perto a integração de novos profissionais. Acima de tudo, deverá ser um exemplo de profissionalismo para a equipa.

Este estágio foi, um desafio pois foi realizado no meu local de trabalho, o que a nível de gestão pessoal de tempo e gestão económica foi positiva, no entanto foi difícil separar a profissional de aluna.

No entanto de forma geral este percurso foi uma mais-valia para a minha formação, com vista à prestação de cuidados com uma maior e melhor preparação. Ao refletir sobre a experiência vivida e interligando-a com o meu crescimento pessoal e profissional, concluo que este estágio, pela sua especificidade, contribuiu de forma clara e objetiva, para a consolidação da minha aprendizagem.



## Parte III

### Investigação - Índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao serviço de urgência

#### 1. Introdução

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 7) refere que a queda é considerada o resultado da perda de equilíbrio ou da capacidade em recuperá-lo, compreendendo todas as faixas etárias, com maior relevância na população idosa, em que a “prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes têm sido maiores”. As quedas têm um impacto notório nos doentes, nos cuidadores e na sociedade, pelas possíveis consequências que resultam deste incidente.

As causas das quedas são multifatoriais, incluindo a idade, o sexo, o tempo de internamento, as doenças debilitantes, história anterior de quedas, confusão/desorientação, comorbilidades que fazem aumentar o risco de queda, particularmente o “compromisso cognitivo, incontinência, compromisso da visão, síndrome vertiginosa, síncope e patologia osteoarticular”, entre outros. Destacam-se também determinados fármacos, pelos efeitos secundários que causam, particularmente “os analgésicos, abrangendo os opiáceos, os antipsicóticos, as benzodiazepinas, incluindo fármacos análogos, antiepiléticos/anticonvulsivos (alto risco), anti-hipertensivos, antiarrítmicos, antidepressivos (médio risco)” (Direção-Geral de Saúde, Norma n.º 008/2019, p. 2).

Aproximadamente uma em cada quatro quedas resulta em ferimentos, com cerca de 10% a resultar em lesões graves. Este evento adverso resulta no aumento das taxas de lesões e mortalidade e diminuição da qualidade de vida (LeLaurin & Shorr, 2019).

Romão e Nunes (2018, p. 3) salientam que “as quedas são a terceira causa mais comum de morte por lesão não intencional em todas as faixas etárias e a primeira causa entre pessoas com idade  $\geq 65$  anos”. (...). Contudo, “cerca de 96% das quedas não resultaram em qualquer lesão ou resultaram em lesão *minor*, sendo as incisões, contusões e escoriações as mais relatadas; apenas 1% resultaram em lesões graves” (p. 3).

Globalmente, a gravidade do trauma por queda está associado a uma lesão *major*. Um estudo realizado por Lohanathan et al. (2020) revela que as lesões *major* causadas por quedas são mais suscetíveis de colocar a vida da vítima em risco do que a maioria dos outros tipos de lesões. As lesões graves foram mais frequentemente observadas no traumatismo

cranioencefálico, por queda da própria altura, seguidas pelas lesões nas extremidades. Foi observado que, em comparação às vítimas de outros mecanismos de trauma fechado, as vítimas de quedas de altura apresentavam significativamente mais idade e maior média de pressão arterial sistólica à admissão no SU. As pessoas com este tipo de lesões necessitam urgentemente de avaliação e tratamento para reduzir o risco de complicações agudas ou crónicas.

Mediante o exposto, delineou-se o presente estudo e a seguinte questão de investigação:

- Qual é o índice de gravidade da vítima de queda assistida no Serviço de Urgência Polivalente (SU) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, durante o ano de 2020?

## 2. Métodos

Nesta parte do trabalho apresentam-se todos os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo.

### 2.1. Objetivos

- Caracterizar o contexto sociodemográfico da pessoa vítima de queda que recorre ao SU;
- Identificar as determinantes clínicas das pessoas vítimas de quedas que recorrem ao SU
- Determinar o índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao SU;
- Analisar a influência das características sociodemográficas, de contexto e clínicas no índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao SU.

### 2.2. Tipo de estudo

Estudo de análise quantitativa, descritivo-correlacional, em coorte retrospectivo, numa amostra não aleatória de conveniência de clientes que recorreram ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Tondela-Viseu entre 1 de janeiro a 31 dezembro de 2020.

### 2.3. Variáveis em estudo

As variáveis independentes incluem:

**Variáveis sociodemográficas:** idade, género, estado civil, zona de residência, habitação.

**Variáveis de contexto:** Data, hora, turno de entrada (manhã, tarde, noite), com o objetivo de se situar temporalmente a queda, ou seja, qual o horário em que há uma incidência maior de quedas; dia da semana da admissão no SU; meio de transporte para o SU, hora de chegada ao SU, tempo desde a admissão até à triagem, tempo da triagem até à primeira avaliação médica, tempo desde a triagem até ao primeiro cuidado de enfermagem, hora e dia da alta do SU.

**Variáveis clínicas:** Fluxograma, discriminador e prioridade clínica no Sistema de Triagem de Manchester, área clínica e especialidade médica da primeira observação, motivo

de admissão no SU, diagnóstico médico à alta do SU, parâmetros clínicos à entrada e à saída no/do SU, exames complementares de diagnóstico realizados durante o período de permanência no SU, medicação habitual, destino após a alta do SU.

A variável dependente é o índice de gravidade, operacionalizada com base no *Revised Trauma Score* (RTS): por ausência de registo FR, para a operacionalização da **variável**, foi necessário “equiparar” o PaO<sub>2</sub> a FR para que se pudesse realizar o cálculo do índice de gravidade.

#### 2.4. Amostra/Participantes

A população definida para este estudo integrou todos os clientes adultos com idade  $\geq 18$  anos, que entre 1 de janeiro a 31 dezembro de 2020, recorreram ao SUP do Centro Hospitalar Tondela-Viseu. A recolha de dados de 1 se setembro a 1 dezembro de 2021

Estabeleceu-se como critérios de inclusão para os participantes: pessoas adultas ( $\geq 18$  anos); admissão no SU; pessoas adultas como causa de admissão no secretariado “queda”. Como critérios de exclusão, considerou-se ser a pessoa com idade inferior a 18 anos.

##### 2.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Pela análise da tabela 1, e no que se refere às estatísticas da idade em função do género, constatou-se que, em média, as mulheres (72,89 anos) são mais velhas que os homens (65,75 anos). Em termos globais, as estatísticas revelam que as pessoas vítimas de queda apresentam um mínimo de 18 anos e um máximo de 103 anos, ao que corresponde uma idade média de 69,61 anos com um desvio padrão de 18,08 anos. Já pelos coeficientes de variação, verifica-se uma dispersão moderada (de 15% a 30%) dos dados em torno da média.

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade segundo género

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	18	97	65,75	18,91	28,8	-4,706	-1,565
Feminino	19	103	72,89	16,68	22,9	-7,266	1,901
<b>Total</b>	18	103	69,61	18,08	26,0	-8,566	-0,017

Na tabela 2 encontram-se os dados relativos à caracterização sociodemográfica em função do género.

Em relação ao grupo etário, a maioria das pessoas vítimas de queda tem mais de 80 anos com 35,6%. Também no género feminino, a situação se confirma. Já para o género masculino, o grupo etário dominante é o de 66-80 anos. Entre o grupo etário e o género encontram-se diferenças estatísticas altamente significativas ( $X^2=28,852$ ;  $p=0,000$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais.

Relativamente ao estado civil, prevalecem os casados/união com 73,3%. Distribuição semelhante se passa em qualquer um dos géneros. Entre o estado civil e o género encontram-se diferenças estatísticas bastante significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ( $X^2=13,484$ ;  $p=0,004$ ).

A maioria das pessoas vítimas de queda reside em meio rural (54,8%), uma distribuição semelhante em ambos os géneros. Não se registam diferenças significativas ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,985$ ) entre o género e a zona de residência.

Grande parte dos elementos da amostra reside no distrito de Viseu (91,3%), o que é comum a ambos os géneros, sem diferenças estatísticas significativas ( $X^2=2,211$ ;  $p=0,331$ ).

Por fim, e no que se refere à habitação, predomínio das pessoas que vêm do domicílio (86,2%), situação análoga a ambos os géneros, resultando em diferenças estatísticas altamente significativas ( $X^2=17,261$ ;  $p=0,000$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais.

Tabela 2 - Caracterização das variáveis sociodemográficas em função do género

Género Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (312)	% (45,9)	Nº (367)	% (54,1)	Nº (679)	% (100,0)	1	2
<b>Grupo etário</b>								
≤35 anos	25	8,0	11	3,0	36	5,3	<b>2,9</b>	<b>-2,9</b>
36-50 anos	44	14,1	28	7,6	72	10,6	<b>2,7</b>	<b>-2,7</b>
51-65 anos	63	20,2	66	18,0	129	19,0	0,7	-0,7
66-80 anos	97	31,1	103	28,1	200	29,5	0,9	-0,9
>80 anos	83	26,6	159	43,3	242	35,6	<b>-4,5</b>	<b>4,5</b>
<b>Estado civil</b>								
Solteiro	32	15,4	28	11,4	60	13,2	1,3	-1,3
Casado/União	160	76,9	173	70,3	333	73,3	1,6	-1,6
Divorciado/Separado	6	2,9	8	3,3	14	3,1	-0,2	0,2
Viúvo	10	4,8	37	15,0	47	10,4	<b>-3,6</b>	<b>3,6</b>
<b>Zona de residência</b>								
Rural	170	54,8	201	54,8	371	54,8	0,0	0,0
Urbano	140	45,2	166	45,2	306	45,2	0,0	0,0
<b>Distrito</b>								
Viseu	280	90,0	339	92,4	619	91,3	-1,1	1,1
Guarda	17	5,5	19	5,2	36	5,3	0,2	-0,2
Outro	14	4,5	9	2,5	23	3,4	1,5	-1,5
<b>Habitação</b>								
Domicílio	287	92,0	298	81,2	585	86,2	<b>4,1</b>	<b>-4,1</b>
Lar / IPSS	22	7,1	65	17,7	87	12,8	<b>-4,1</b>	<b>4,1</b>
UCCI	3	1,0	4	1,1	7	1,0	-0,2	0,2

### 2.5. Instrumento de recolha de dados

Foram aplicados os seguintes meios de recolha de dados: os episódios de urgência cuja etiologia seja a queda, entre 1 de janeiro a 31 dezembro de 2020, através da informação a obter pelo Sistema de Informação Alert®, como causa de admissão no secretariado “queda” e consulta dos episódios de urgência, após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, suportada numa grelha elaborada para a recolha de dados (*ad hoc*) (cf. Anexo II).

### 2.6. Procedimentos

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu emitiu parecer favorável (N.º 02/16/07/2021), tendo-se igualmente obtido autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (cf. Anexo I).

### 3. Resultados

No sentido de dar resposta aos objetivos delineados, apresentam-se os resultados obtidos pela análise estatística.

#### Variáveis de admissão e triagem

Pela análise da tabela 3, e no que se refere às estatísticas dos tempos de permanência no SU, constata-se que, em média, os utentes esperam cerca de 10 minutos entre a inscrição e a triagem e cerca de 18 minutos entre a triagem e a avaliação médica. Em termos globais, face ao tempo de permanência no SU, as estatísticas revelam que os utentes apresentam um tempo de permanência mínima de 0h06m e uma permanência máxima de 23h23m, ao que corresponde um tempo médio de 7h05m com um desvio padrão de 5h18m. Já pelos coeficientes de variação, verifica-se uma dispersão elevada (> a 30%) dos dados em torno da média.

Tabela 3 – Estatísticas relativas aos tempos de permanência no SU

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Tempo da admissão à triagem	0:01	1:09	0:10	0:08	80,0	31,520	22,306
Tempo da triagem à avaliação médica	0:00	4:19	0:18	0:20	111,1	187,235	43,869
Tempo total no SU	0:06	23:23	7:05	5:18	74,8	2,705	11,922

No que se refere ao turno em que deram entrada no SU, sobressai o turno da tarde com 48,7%, com igual distribuição em ambos os géneros, sem diferenças estatísticas significativas ( $X^2=0,294$ ;  $p=0,863$ ).

Já para o tempo entre a admissão e a triagem, prevaleceu um tempo entre 1 a 10 minutos (68,3%), o que ocorre em ambos os géneros, sem diferenças significativas ( $X^2=1,476$ ;  $p=0,688$ ).

Em relação ao tempo entre a triagem e a avaliação médica, predomina um tempo entre 1 a 10 minutos (42,3%), o que ocorre no género masculino. No género feminino, há um ligeiro domínio de um tempo de 11-30 minutos, com 39,9%. Entre o tempo de triagem-avaliação médica e o género encontramos diferenças significativas ( $X^2=11,364$ ;  $p=0,010$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais.

Relativamente ao tempo total de permanência no SU, a maioria das pessoas permaneceu entre 3h a 8h (43,6%), uma situação análoga para ambos os géneros na sua maioria, sem diferenças significativas ( $X^2=6,833$ ;  $p=0,145$ ).

Prevalecem as pessoas que recorrem ao SU no sábado (16,2%), também no género masculino a situação se confirma (18,6%), enquanto, para o género feminino, o dia da semana mais frequente é a 3ª feira com 15,8%, sem diferenças estatísticas significativas ( $X^2=5,387$ ;  $p=0,495$ ).

Grande parte dos utentes foi levada para o SU na ambulância (63,1%), o que ocorrem na maioria de ambo os géneros, não resultando em diferenças significativas ( $X^2=8,283$ ;  $p=0,082$ ).

Por fim, e no que se refere à forma de entrada no SU, há um claro predomínio dos utentes que foram transportados de maca (83,6%), distribuição idêntica em ambos os géneros, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $X^2=1,033$ ;  $p=0,597$ ).

Tabela 4a - Caracterização das variáveis de admissão e triagem em função do género

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	Nº (126)	% (37,4)	Nº (211)	% (62,6)	Nº (337)	% (100,0)	1	2
<b>Turno de entrada</b>								
Manhã	141	45,2	162	44,1	303	44,6	0,3	-0,3
Tarde	152	48,7	179	48,8	331	48,7	0,0	0,0
Noite	19	6,1	26	7,1	45	6,6	-0,5	0,5
<b>Tempo adm.-triag.</b>								
1-10 min.	216	69,2	247	67,5	463	68,3	0,5	-0,5
11-30 min.	83	26,6	104	28,4	187	27,6	-0,5	0,5
31-60 min.	12	3,8	15	4,1	27	4,0	-0,2	0,2
>60 min.	1	0,3	---	0,0	1	0,1	1,1	-1,1
<b>Tempo adm.-triag.</b>								
1-10 min.	142	45,5	145	39,6	287	42,3	1,5	-1,5
11-30 min.	130	41,7	146	39,9	276	40,7	0,5	-0,5
31-60 min.	36	11,5	55	15,0	91	13,4	-1,3	1,3
>60 min.	4	1,3	20	5,5	24	3,5	-2,9	2,9
<b>Tempo no SU</b>								
≤1h	8	2,6	11	3,0	19	2,8	-0,3	0,3
1h-3h	54	17,3	87	23,7	141	20,8	-2,0	2,0
3h-8h	135	43,3	161	43,9	296	43,6	-0,2	0,2
8h-16h	87	27,9	77	21,0	164	24,2	<b>2,1</b>	<b>-2,1</b>
>16h	28	9,0	31	8,4	59	8,7	0,2	-0,2
<b>Dia da semana</b>								
Domingo	49	15,7	50	13,6	99	14,6	0,8	-0,8
2ª feira	42	13,5	56	15,3	98	14,4	-0,7	0,7
3ª feira	45	14,4	58	15,8	103	15,2	-0,5	0,5
4ª feira	35	11,2	46	12,5	81	11,9	-0,5	0,5
5ª feira	33	10,6	52	14,2	85	12,5	-1,4	1,4
6ª feira	50	16,0	53	14,4	103	15,2	0,6	-0,6
Sábado	58	18,6	52	14,2	110	16,2	1,6	-1,6
<b>Transporte</b>								
INEM	22	17,2	14	11,6	36	14,5	1,3	-1,3
VMER	18	14,1	8	6,6	26	10,4	1,9	-1,9
Ambulância	76	59,4	81	66,9	157	63,1	-1,2	1,2
Próprio	11	8,6	18	14,9	29	11,6	-1,5	1,5
Outro	1	0,8	0	0,0	1	0,4	1,0	-1,0
<b>Chegada ao SU</b>								
Próprio pé	13	9,6	17	12,7	30	11,2	-0,8	0,8
Cadeira de rodas	6	4,4	8	6,0	14	5,2	-0,6	0,6
Maca	116	85,9	109	81,3	225	83,6	1,0	-1,0

Quanto ao fluxograma de triagem utilizado, sobressai a queda (46,7%). Distribuição semelhante em ambos os géneros. Entre o fluxograma e o género encontram-se diferenças

estatísticas altamente significativas ( $X^2=75,247$ ;  $p=0,000$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais.

No discriminador usado, destaca-se a dor severa (61,1%), o que é confirmado em ambos os géneros, com diferenças altamente significativas ( $X^2=66,729$ ;  $p=0,000$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais.

Tabela 4b - Caracterização das variáveis de admissão e triagem em função do género

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	Nº (126)	% (37.4)	Nº (211)	% (62,6)	Nº (337)	% (100.0)	1	2
<b>Fluxograma</b>								
Comp. Estranho	1	0,3	0	0,0	1	0,1	1,1	-1,1
Convulsões	1	0,3	0	0,0	1	0,1	1,1	-1,1
Dispneia	0	0,0	6	1,6	6	0,9	<b>-2,3</b>	<b>2,3</b>
Dor abdominal	2	0,6	0	0,0	2	0,3	1,5	-1,5
Dor cervical	0	0,0	2	0,5	2	0,3	-1,3	1,3
Dor lombar	5	1,6	7	1,9	12	1,8	-0,3	0,3
Dor torácica	4	1,3	4	1,1	8	1,2	0,2	-0,2
Inconsciência	2	0,6	4	1,1	6	0,9	-0,6	0,6
Feridas	4	1,3	4	1,1	8	1,2	0,2	-0,2
Grande traumat.	25	8,0	3	0,8	28	4,1	<b>4,7</b>	<b>-4,7</b>
Indisp. Adulto	12	3,8	5	1,4	17	2,5	<b>2,1</b>	<b>-2,1</b>
Lesão Torac.-abd.	22	7,1	7	1,9	29	4,3	<b>3,3</b>	<b>-3,3</b>
Prob. Membros	0	0,0	150	40,9	213	31,3	<b>-5,6</b>	<b>5,6</b>
Prob. Faciais	63	20,2	1	0,3	1	0,1	-0,9	0,9
Queda	158	50,6	159	43,3	317	46,7	1,9	-1,9
Queimaduras	0	0,0	1	0,3	1	0,1	-0,9	0,9
TCE	13	4,2	14	3,8	27	4,0	0,2	-0,2
<b>Discriminador</b>								
AEC de novo	29	9,3	21	5,7	50	7,4	1,8	-1,8
Compromisso VA	2	0,6	2	0,5	4	0,6	0,2	-0,2
Comp. Vascular dist.	2	0,6	1	0,3	3	0,4	0,7	-0,7
Convulsão atual	3	1,0	0	0,0	3	0,4	1,9	-1,9
Défice neuro.agudo	9	2,9	8	2,2	17	2,5	0,6	-0,6
Dispneia aguda	4	1,3	3	0,8	7	1,0	0,6	-0,6
Dor abdominal	1	0,3	3	0,8	4	0,6	-0,8	0,8
Dor precordial	1	0,3	2	0,5	3	0,4	-0,4	0,4
Dor para o dorsal	1	0,3	0	0,0	1	0,1	1,1	-1,1
Dor severa	150	48,1	265	72,2	415	61,1	<b>-6,4</b>	<b>6,4</b>
Evisceração	1	0,3	0	0,0	1	0,1	1,1	-1,1
Grande hemorr.	4	1,3	6	1,6	10	1,5	-0,4	0,4
Hipoglicemia	1	0,3	0	0,0	1	0,1	1,1	-1,1
Hipotermia	3	1,0	1	0,3	4	0,6	1,2	-1,2
Mecanismo lesão	77	24,7	35	9,5	112	16,5	<b>5,3</b>	<b>-5,3</b>
Pele crítica	1	0,3	1	0,3	2	0,3	0,1	-0,1
Pequena hemorr.	1	0,3	0	0,0	1	0,1	1,1	-1,1
Prob. Membros	1	0,3	0	0,0	1	0,1	1,1	-1,1
Pulso anormal	19	6,1	12	3,3	31	4,6	1,8	-1,8
Resp. ineficaz	2	0,6	0	0,0	2	0,3	1,5	-1,5
SaO2 mt. Bx	0	0,0	6	1,6	6	0,9	<b>-2,3</b>	<b>2,3</b>
Trauma rg. lombar	0	0,0	1	0,3	1	0,1	-0,9	0,9

A maioria dos utentes foi triada com prioridade laranja (98,4%), distribuição semelhante em ambos os géneros, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $X^2=3,228$ ;  $p=0,072$ ).

Prevaecem os utentes que foram para a área clínica urgente (81,1%), com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=15,174$ ;  $p=0,002$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais.

Sobressaem os utentes que foram para as especialidades de ortopedia e cirurgia, 46,3% e 43,4%, respetivamente, uma situação confirmada em ambos os géneros, resultando em diferenças altamente significativas ( $X^2=57,061$ ;  $p=0,000$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais.

Tabela 4c - Caracterização das variáveis de admissão e triagem em função do género

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	Nº (126)	% (37.4)	Nº (211)	% (62,6)	Nº (337)	% (100.0)	1	2
<b>Prioridade</b>								
Vermelho	8	2,6	3	0,8	11	1,6	1,8	-1,8
Laranja	304	97,4	364	99,2	668	98,4	-1,8	1,8
<b>Área clínica</b>								
S. Emerg.	25	8,1	13	3,5	38	5,6	<b>2,5</b>	<b>-2,5</b>
Peq. Cirurg.	52	16,8	37	10,1	89	13,1	<b>2,6</b>	<b>-2,6</b>
Área urgente	233	75,2	316	86,1	549	81,1	<b>-3,6</b>	<b>3,6</b>
Área menos urgente	---	0,0	1	0,3	1	0,1	-0,9	0,9
<b>Especialidade</b>								
Cirurgia	178	57,1	116	31,7	294	43,4	<b>6,6</b>	<b>-6,6</b>
Ortopedia	98	31,4	216	59,0	314	46,3	<b>-7,2</b>	<b>7,2</b>
Medicina	34	10,9	27	7,4	61	9,0	1,6	-1,6
Outra	2	0,6	7	1,9	9	1,3	-1,4	1,4

### Variáveis clínicas

Pela análise da tabela 5, e no que se refere ao diagnóstico de admissão, constata-se que as fraturas do fémur dominam (19,0%), seguindo-se outros traumas e fraturas não especificadas (17,4%). TCE's e traumas faciais também têm representação marcada com 13,8%. Apenas 1,3% dos utentes são politraumatizados e AVC's. Como exames complementares de diagnóstico, salientam-se o RX e as análises sanguíneas com 45,9% e 33,6%, respetivamente. No que se refere à terapêutica habitual que possa interferir com a situação de queda, constata-se que, dos 510 utentes, 35,9% tomam medicação, mas não são antiagregantes nem anticoagulante, 19,1% tomam esse tipo de medicação e 20% não faz qualquer tipo de terapêutica.

Tabela 5 - Caracterização do diagnóstico, dos exames e da terapêutica

	Total	
	Nº (679)	% (100,0)
<b>Diagnóstico</b>		
AVC	9	1,3
Contusão/Entorse/Distensão/Luxação	87	12,8
Fratura da bacia	11	1,6
Fratura da coluna	23	3,4
Fratura da grelha costal	20	2,9
Fratura membro inferior (fémur)	129	19,0
Fratura membro inferior (perna/pé)	38	5,6
Fratura membro superior (braço/antebraço/mão)	57	8,4
Outro diagnóstico médico	59	8,7
Politraumatizado	9	1,3
TCE e trauma facial	94	13,8
Trauma toraco-abdominal	25	3,7
Trauma/ Fratura não especificada	118	17,4
<b>Exames complementares de diagnóstico</b>		
TAC-CE	149	21,9
Outras TAC's	105	15,5
RX	312	45,9
Análises	228	33,6
ECO fast	1	0,1
Gasimetria	43	6,3
Eletrocardiograma	140	20,6
Ecografia	90	13,3
Outros	1	0,1
<b>Terapêutica</b>		
Sim, antiagregante / anticoagulante	130	19,1
Não	136	20,0
Sim, mas não antiagregante / anticoagulante	244	35,9

Na tabela 6 estão patentes as estatísticas referentes aos sinais vitais e parâmetros clínicos dos utentes, quer aquando da entrada no SU, quer aquando da sua saída. É de salientar que entre o antes e o depois, em termos médios, não se constata grandes variações dos valores, com exceção para a PaO<sub>2</sub> que manifesta uma subida significativa de 77,1 para 103,1.

Tabela 6 – Estatísticas relativas aos sinais vitais e parâmetros clínicos à entrada e à saída do SU

Sinais vitais e parâmetros clínicos	À entrada		À saída	
	M	D.P.	M	D.P.
TA sistólica	139,7	25,2	134,1	23,3
TA diastólica	78,7	13,2	75,5	13,6
Frequência cardíaca	78,4	17,8	78,1	17,3
Temperatura	36,3	1,0	36,6	1,5
Dor (score)	7,9	0,8	1,5	1,7
Glicémia	138,5	56,6	174,2	62,1
Glasgow	14,5	1,5	14,8	1,0
PH	7,4	0,1	7,4	0,1
PaO <sub>2</sub>	77,1	33,2	103,1	95,5
PaCO <sub>2</sub>	39,8	7,5	41,7	11,4
Hemoglobina	13,7	2,6	14,3	3,4
Bicarbonatos	25,3	4,8	26,7	4,0

Pela análise da tabela 7, e no que se refere ao ritmo do pulso, constata-se que quer à entrada, quer à saída do SU, dominam os pulsos rítmicos. Já para a escala de avaliação da

dor, existe uma inversão da sua utilização entre a entrada e a saída, com domínio da escala numérica aquando da entrada e domínio da escala qualitativa aquando da saída.

Tabela 7 – Caracterização do ritmo do pulso e da escala da dor à entrada e à saída do SU

Sinais vitais e parâmetros clínicos		À entrada		À saída	
		N	%	N	%
Ritmo	Rítmico	358	52,7	81	11,9
	Arrítmico	37	5,4	6	0,9
Escala da dor	Numérica	422	62,2	4	0,6
	Qualitativa	7	1,0	25	3,7

Analisando-se a tabela 8, e no que se refere aos traumas associados, verifica-se o domínio das fraturas de ossos longos com 34%, seguido de outros traumas com 22,1%. Apenas são referidos 1,6% de traumas abdominais.

Tabela 8 - Caracterização dos traumatismos associados

Traumatismos	Total	
	Nº (679)	% (100,0)
Fratura de ossos longos	231	34,0
Fratura da bacia	21	3,1
TCE	139	20,5
Trauma abdominal	11	1,6
Trauma torácico	61	9,0
Trauma da coluna	43	6,3
Outros	150	22,1

### Índice de gravidade de trauma (RTS)

O RTS foi avaliado através de indicadores de base fisiológica que estimam a gravidade dos doentes admitidos no SU, permitindo avaliar o risco de mortalidade e o prognóstico. Um dos índices de gravidade específicos de trauma mais utilizado é o índice de prognóstico avaliado pelo *Revised Trauma Score* (RTS), trata-se de é um sistema de classificação fisiológica, uma vez que tem como base o uso dos parâmetros vitais do doente (Lima, 2021).

O RTS analisa três parâmetros vitais, Escala de Coma de Glasgow (ECG), avaliação hemodinâmica pela Tensão arterial sistólica (TAS) e frequência respiratória (FR). Dependendo do resultado de cada parâmetro, há um valor correspondente na escala RTS, capaz de avaliar a morbimortalidade do politraumatizado. Os valores das variáveis devem ser ponderados e somados, mediante a fórmula:

$$RTS = 0,9368 \times ECGv + 0,7326 \times PASv + 0,2908 \times FRv$$

onde v é o valor (de 0 a 4) correspondente às variáveis na admissão do doente (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Revised Trauma Score (RTS)

RTS			Probabilidade de sobrevivência (%)	
Parâmetros vitais	score			
ECG	13 -15	4	98,8 %	8
	9 - 12	3	96,9 %	7
	6 - 8	2	91,9%	6
	4 - 5	1	80,7%	5
	3	0	60,5%	4
PAS	> 89	4	30,1%	3
	76 - 89	3	17,2%	2
	50 - 75	2	7,1%	1
	1 - 49	1	2,7%	0
	0	0		
FR	10 - 29	4		
	> 29	3		
	6 - 9	2		
	1 - 5	1		
	0	0		

Legenda: RTS - Revised Trauma Score; ECG – Escala de Coma de Glasgow; PAS – Pressão Arterial Sistólica; FR – Frequência respiratória

Fonte: Alvarez, et al. (2016). Avaliação do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vítimas de trauma com mecanismos diferentes - *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. nº 43, p. 335

Assim, o RTS poderá variar de 0 a 8, e quanto maior o valor final, melhor será o prognóstico, sendo possível o conhecimento da probabilidade de sobrevivência. Uma das limitações encontradas neste estudo foi a falta de registo da FR, pelo que a escala RTS utilizada foi adaptada. Para a operacionalização da **variável dependente Índice de Gravidade de Trauma**, foi necessário “equiparar” o PaO<sub>2</sub> a FR para que se pudesse realizar o cálculo do índice de gravidade.

Em termos gerais, tendo em conta a parametrização da idade, a PaO<sub>2</sub> é considerada baixa quando <80 com ar atmosférico, sendo escalada com acréscimo de gravidade para valores cada vez mais baixos de hipoxémia. Considerando estes valores e esta informação, a operacionalização da PaO<sub>2</sub> para scores “equiparados” aos da FR foi realizada de acordo com a tabela 10.

Tabela 10 - Operacionalização da pressão parcial de O<sub>2</sub> em score “equiparado” à frequência respiratória (FR)

PaO <sub>2</sub>	Score
>80	4
61-80	3
41-60	2
21-40	1
≤ 20	0

Pela análise da tabela 11, para o RTS salienta-se um mínimo de 3,51 e um máximo de 7,84, a média centra-se nos 7,34. Pelo coeficiente de variação, constata-se uma dispersão baixa (< a 15%) dos dados em torno da média.

Tabela 11 – Estatísticas relativas à variável dependente (índice de gravidade - RTS)

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Índice de gravidade	3,51	7,84	7,34	0,69	9,4	-13,880	29,683

Tendo em conta os parâmetros utilizados para cálculo do RTS (ECG, PAS e FR), é de referir que apenas 13,5% da amostra (92 elementos) possuem dados para ser calculado o RTS (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Caracterização dos inquiridos da amostra com e sem RTS

		Total	
		Nº (679)	% (100.0)
RTS	Sim	92	13,5
	Não	587	86,5

### Relação entre as variáveis sociodemográficas e o Índice de Gravidade das vítimas de quedas admitidas no SU

Os utentes mais novos (<=35 anos) revelam um índice de gravidade mais elevado (e consequentemente maior taxa de sobrevida), e os de 51-65 anos menor índice de gravidade (e consequentemente menor taxa de sobrevida). Contudo, com ausência de significado estatístico ( $p>0,05$ ). O que leva afirmar que a idade não influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda que recorreram ao SU.

Registam-se valores de ordenação média mais elevados para os utentes do género masculinos comparativamente ao género oposto. Contudo, também aqui, regista-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ), permitindo afirmar que o género não influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda.

Os utentes viúvos revelam um Índice de Gravidade mais elevado (e consequentemente maior taxa de sobrevivência), e os casados/união menor índice de gravidade (e consequentemente menor taxa de sobrevivência). Contudo, com ausência de significado estatístico ( $p>0,05$ ). Assim, infere-se que o estado civil não influencia o Índice de Gravidade dos utentes vítimas de queda.

Pelas ordenações médias, constata-se um Índice de Gravidade mais elevado para os utentes residentes em meio rural (e consequentemente maior taxa de sobrevivência), comparativamente aos residentes em zona urbana, todavia, sem diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ), inferindo-se que o local de residência não influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda que entraram no SU.

Os utentes que são residentes de outro distrito (maioritariamente de Lisboa) revelam um Índice de Gravidade mais elevado (e consequentemente maior taxa de sobrevivência), e os da zona da Guarda menor Índice de Gravidade (e consequentemente menor taxa de sobrevivência). Contudo, com ausência de significado estatístico ( $p>0,05$ ). O que leva a afirmar que o distrito não influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda.

Os utentes residentes num Lar/IPSS revelam um Índice de Gravidade mais elevado (e consequentemente maior taxa de sobrevivência), e os provenientes de uma UCCI menor Índice de Gravidade (e consequentemente menor taxa de sobrevivência). Contudo, também aqui, com ausência de significado estatístico ( $p>0,05$ ), observando-se, assim, que a habitação não influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda que recorreram ao SU.

Tabela 13 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com e o Índice de Gravidade

Variáveis	Índice de Gravidade		Teste
	Ordenação média		
<b>Grupo etário</b>			
≤35 anos	82,50	Kruskal-Wallis	6,468
36-50 anos	57,28		
51-65 anos	41,85		
66-80 anos	45,13		
>80 anos	44,59		
<b>(p)</b>	0,167		
<b>Género</b>			
Masculino	48,03	Mann-Whitney	922,500
Feminino	44,13		
<b>(p)</b>	0,468		
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	36,71	Kruskal-Wallis	3,895
Casado/União	30,88		
Divorciado/Separado	34,00		
Viúvo	49,67		
<b>(p)</b>	0,273		
<b>Zona de residência</b>			
Rural	47,15	Mann-Whitney	902,000
Urbano	43,24		
<b>(p)</b>	0,454		
<b>Distrito</b>			
Viseu	46,13	Kruskal-Wallis	1,170
Guarda	34,63		
Outro	51,83		
<b>(p)</b>	0,557		
<b>Habitação</b>			
Domicílio	46,60	Kruskal-Wallis	1,088
Lar / IPSS	48,62		
UCCI	28,75		
<b>(p)</b>	0,580		

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

\*\*\*p&lt;0,001

### Relação entre as variáveis clínicas e o Índice de Gravidade das vítimas de queda admitidas no SU

Os utentes admitidos no SU no turno da tarde revelam um Índice de Gravidade mais elevado (e conseqüentemente maior taxa de sobrevida), e os do turno da noite menor Índice de Gravidade (e conseqüentemente menor taxa de sobrevida). Contudo, com ausência de significado estatístico ( $p>0,05$ ). Deste modo, pode inferir-se que o turno de entrada não influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda que recorreram ao SU.

Os utentes transportados para o SU em transporte próprio revelam um score do Índice de Gravidade mais elevado (e conseqüentemente maior taxa de sobrevida). Já os transportados pela VMER são os que revelam scores mais baixos (e conseqüentemente menor taxa de sobrevida). Contudo, com inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ), inferindo-se que o tipo de transporte não influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda.

Os utentes que entraram no SU em maca revelam um Índice de Gravidade mais elevado (e consequentemente maior taxa de sobrevida), e os de cadeira de rodas menor Índice de Gravidade (e consequentemente menor taxa de sobrevida). Porém, com ausência de significado estatístico ( $p>0,05$ ), o que leva a afirmar que o modo de chegada ao SU não influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda.

Os utentes que apresentam tempo de permanência no SU de 8h a 16h revelam um Índice de Gravidade mais elevado (e consequentemente maior taxa de sobrevida), e os de menos de 1h menor Índice de Gravidade (e consequentemente menor taxa de sobrevida). Todavia, com ausência de significado estatístico ( $p>0,05$ ), inferindo-se que o tempo de permanência no SU não influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda que recorreram ao SU.

Pelas ordenações médias, observa-se que os utentes com prioridade laranja apresentam um Índice de Gravidade mais elevado (e consequentemente maior taxa de sobrevida), comparativamente aos com triados com cor vermelha. Assim, constata-se a existência de diferenças estatísticas bastante significativas ( $p<0,01$ ), o que leva a afirmar que a prioridade influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda que recorrem ao SU.

Os utentes que forma para a área clínica de pequena cirurgia revelam um Índice de Gravidade mais elevado (e consequentemente maior taxa de sobrevida). Já os que foram para a sala de emergência apresentam menor índice de Gravidade (e consequentemente menor taxa de sobrevida), resultando em significado estatístico ( $p<0,05$ ), inferindo-se, assim, que a área clínica influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda.

Por fim, relativamente à especialidade que os assumiu, os utentes assumidos pela ortopedia revelam um Índice de Gravidade mais elevado (e consequentemente maior taxa de sobrevida), e os doentes de outra especialidade (neurocirurgia) menor Índice de Gravidade (e consequentemente menor taxa de sobrevida). Contudo, com ausência de significado estatístico ( $p>0,05$ ), levando a afirmar que a especialidade não influencia o Índice de Gravidade das vítimas de queda que recorreram ao SU.

Tabela 14 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis de admissão e triagem com o Índice de Gravidade

Variáveis		Índice de Gravidade	Teste
		Ordenação média	
<b>Turno de entrada</b>	Manhã	45,70	Kruskal-Wallis
	Tarde	50,27	
	Noite	34,64	
	<b>(p)</b>	0,309	
<b>Transporte</b>	INEM	31,42	Kruskal-Wallis
	VMER	22,29	
	Ambulância	31,98	
	Próprio	35,00	
	<b>(p)</b>	0,342	
<b>Chegada ao SU</b>	Próprio pé	27,00	Kruskal-Wallis
	Cadeira de rodas	29,67	
	Maca	31,45	
	<b>(p)</b>	0,848	
<b>Tempo total no SU</b>	≤1h	24,38	Kruskal-Wallis
	1h-3h	44,10	
	3h-8h	47,47	
	8h-16h	51,40	
	>16h	37,95	
	<b>(p)</b>	0,210	
<b>Prioridade</b>	Vermelho	<b>17,20</b>	Mann-Whitney
	Laranja	<b>48,18</b>	
	<b>(p)</b>	<b>0,007**</b>	
<b>Área clínica</b>	S. Emerg.	<b>35,13</b>	Kruskal-Wallis
	Peq. Cirurg.	<b>59,32</b>	
	Área urgente	<b>47,99</b>	
	<b>(p)</b>	<b>0,014*</b>	
<b>Especialidade</b>	Cirurgia	48,11	Kruskal-Wallis
	Ortopedia	51,50	
	Medicina	44,33	
	Outra	22,00	
	<b>(p)</b>	.0,672	

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

\*\*\*p&lt;0,001

### Valor preditivo das variáveis (idade, TA sistólica, FC, dor, Glasgow, PH, PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, hemoglobina e bicarbonatos) no Índice de Gravidade nas vítimas de queda admitidas no SU

Para testar uma relação multivariada, efetuou-se uma regressão múltipla, sendo apresentada de forma sumária o último modelo de regressão obtido, que comprova que são 10 as variáveis que entraram neste modelo de regressão, constituindo-se, assim, como preditoras do Índice de Gravidade. O método utilizado e mais adequado ao tipo de estudo foi o ENTER. Pela análise das correlações de Pearson entre as variáveis preditoras e a variável dependente, constata-se significado estatístico para a TAS (p=0,020\*) e para a PaO<sub>2</sub> (p=0,003\*\*). A correlação que estas variáveis estabelecem com o Índice de Gravidade é elevada (r=0,947) explicando no seu conjunto 89,6% da variação do Índice de Gravidade.

O teste F é estatisticamente bastante significativo ( $p=0,003$ ), o que leva a aceitar a relação entre as variáveis em estudo. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística para a idade ( $p=0,002$ ); para a TAS ( $p=0,007$ ); para a PaO<sub>2</sub> ( $p=0,010$ ); e para a hemoglobina ( $p=0,016$ ), permitem afirmar que estas variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo no Índice de Gravidade.

Finalmente, pelos coeficientes padronizados beta, nota-se que a idade, FC, dor, Glasgow, PaCO<sub>2</sub>, Hemoglobina e Bicarbonatos estabelecem com o Índice de Gravidade uma relação indireta. Já a TAS, PH e PaO<sub>2</sub> estabelecem uma relação direta.

Tabela 15 – Regressão múltipla entre o índice de Gravidade e as variáveis independentes (preditoras)

Variável dependente: Índice de Gravidade				
Método:ENTER				
Correlações de Pearson com o RTS				
Idade	r=-0,212	p=0,185		
TAS	r=0,463	<b>p=0,020*</b>		
FC	r=-0,117	p=0,227		
Dor	r=-0,026	p=0,456		
Glasgow	r=-0,151	p=0,263		
PH	r=0,292	p=0,106		
PaO <sub>2</sub>	r=0,596	<b>p=0,003**</b>		
PaCO <sub>2</sub>	r=-0,300	p=0,100		
Hemoglobina	r=-0,056	p=0,408		
Bicarbonatos	r=-0,338	p=0,072		
R = 0,947				
R <sup>2</sup> = 0,896				
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,780				
Erro padrão da estimativa = 1,365				
F = 7,752				
P = <b>0,003**</b>				
Pesos de Regressão				
Variáveis independentes	beta	Coeficiente padronizado	t	p
<b>Constante</b>	8,831		1,637	0,136
Idade	-0,014	-0,684	-4,270	<b>0,002**</b>
TAS	0,007	0,506	3,432	<b>0,007**</b>
FC	-0,002	-0,116	-0,974	0,356
Dor	-0,004	-0,014	-0,112	0,913
Glasgow	-0,161	-0,289	-1,662	0,131
PH	0,337	0,125	0,512	0,621
PaO <sub>2</sub>	0,005	0,401	3,241	<b>0,010*</b>
PaCO <sub>2</sub>	-0,008	-0,207	-0,657	0,528
Hemoglobina	-0,063	-0,614	-2,948	<b>0,016*</b>
Bicarbonatos	-0,018	-0,237	-1,421	0,189

### 3.1. Discussão dos resultados

O presente estudo foi realizado numa amostra constituída por 679 pessoas vítimas de queda que recorreram ao Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região centro do país entre 1 de janeiro a 31 dezembro de 2020, sendo maioritariamente feminina (54,1%), com uma idade média de 69,61 anos, com predomínio da faixa etária superior aos 80 anos

(35,6%), casados/união (73,3%), residentes em meio rural (54,8%) e no distrito de Viseu (91,3%), com predomínio dos que vêm do domicílio (86,2%). Quadros (2021), no seu estudo, transversal analítico, com uma amostra de 54 idosos residentes no domicílio, também verificou uma maioria do género feminino (51,9%), mas com uma idade média superior à registada no presente estudo (80,81 anos), tendo cerca de 22,2% tido a queda no domicílio. Em estudos anteriores, a maioria das pessoas com ocorrência de queda possuía idade igual ou superior aos 80 anos (Oliveira et al., 2019; Gomes et al., 2019). Todavia, no estudo de Oliveira et al. (2019) houve um predomínio de quedas em idosos do género masculino, com mais frequência nos que possuíam idade igual ou superior aos 80 anos, contrariamente ao estudo de Fjell et al. (2018), onde as pessoas vítimas de queda tinham idade  $\geq 75$  anos, sendo maioritariamente mulheres, o que é corroborado com o estudo de Monteiro, onde dos 186 utentes que recorreram a um SU de um Hospital Distrital de Portugal, também foi registada prevalência do sexo feminino (54,8%), com idade média de 56 anos, tendo o mais idoso 98 anos e o mais novo 19, enquanto no presente estudo o utente mais novo possuía 18 anos e o mais velho 103 anos. Constatou-se que, na amostra estudada, grande parte dos utentes foi levada para o SU na ambulância (63,1%), com um claro predomínio dos que foram transportados de maca (83,6%), o que está em correspondência com o estudo de Sharif et al. (2018), onde também o fluxograma de triagem utilizado foi a queda, com o discriminador de dor severa, triados com prioridade laranja, cuja área clínica era a urgente e com especialidades de ortopedia e cirurgia, estando os resultados do presente estudo em conformidade.

Observou-se que, na amostra estudada, em relação ao diagnóstico de admissão, prevalecem as fraturas do fémur (19,0%), seguindo-se outros traumas e fraturas não especificadas (17,4%), com os TCE's e traumas faciais a ter uma representação expressiva com 13,8%, com apenas 1,3% de utentes politraumatizados e com diagnóstico de AVC. No que se refere aos traumas associados, verificou-se o domínio das fraturas de ossos longos (34%), seguindo-se outros traumas (22,1%). As evidências de outros estudos (Fjell et al., 2018; Reuse et al., 2021) revelam que o diagnóstico de admissão no SU prevalecente também foi a fratura do fémur e outros traumas. No que se refere à terapêutica habitual que possa interferir com a situação de queda dos utentes estudados, constatou-se que 35,9% tomavam medicação, sem ser antiagregantes e/ou anticoagulante, 19,1% tomava esse tipo de medicação e 20% não fazia qualquer tipo de terapêutica. No estudo de Monteiro (2020), a medicação mais referenciada foi os anti hipertensores e os anti hipercolesterolemia. No estudo de Derenzo et al. (2021), das pessoas que recorreram ao Serviço de Urgência, a segunda ocorrência com maior taxa foram quedas inespecíficas, sendo o trauma muito frequente em idosos, com prevalência no domicílio.

No que diz respeito aos sinais vitais e parâmetros clínicos dos utentes estudados, quer aquando da entrada no SU, quer aquando da sua saída, salienta-se que em ambos os momentos, em termos médios, não se constataram grandes variações dos valores, com exceção para a PaO<sub>2</sub> que manifestou uma subida significativa de 77,1 para 103,1. Quanto ao ritmo do pulso, também nos dois momentos, registou-se um predomínio de pulsos rítmicos. Já para a escala de avaliação da dor, houve uma inversão da sua utilização entre a entrada e a saída do SU, com domínio da escala numérica aquando da entrada e domínio da escala qualitativa aquando da saída, o que corrobora o estudo de Scott et al. (2018).

Dando resposta ao objetivo deste estudo, que se refere Índice de Gravidade das vítimas de queda assistidas no SU, apurou-se um score mínimo de 3,51 e um máximo de 7,84, com uma média centrada nos 7,34. Tendo em conta que o RTS varia de 0 a 8, pode dizer-se que o valor máximo obtido foi elevado. Constatou-se que as variáveis sociodemográficas não interferiram estatisticamente no Índice de Gravidade e que as variáveis clínicas com interferência estatística foram a prioridade e a área clínica. Assim, os utentes com prioridade laranja, com área clínica de pequena cirurgia e cuja especialidade foi a ortopedia apresentaram um Índice de Gravidade mais elevado. A idade, a FC, a dor, o Índice de reatividade de Glasgow, PaCO<sub>2</sub>, hemoglobina e bicarbonatos estabelecem com o Índice de Gravidade uma relação indireta, enquanto a TAS, PH e PaO<sub>2</sub> estabelecem uma relação direta. No estudo de Lima et al. (2021), a probabilidade de sobrevida estimada pelo Índice de Gravidade apresentava-se também num nível moderado, traduzindo-se em mais sobrevida das vítimas.



## Conclusões

Como primeira conclusão do estudo realizado refere-se que se conseguiu alcançar os objetivos delineados, numa amostra constituída por 679 pessoas vítimas de queda que recorreram ao Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região centro do país entre 1 de janeiro a 31 dezembro de 2020, sendo maioritariamente feminina, com uma idade média de 69,61 anos, com predomínio da faixa etária superior aos 80 anos. Grande parte dos utentes foi levada para o SU na ambulância, com um claro predomínio dos que foram transportados de maca, com prevalência do fluxograma de triagem a queda, com o discriminador de dor severa, triados com prioridade laranja, cuja área clínica era a urgente e com especialidades de ortopedia e cirurgia. O mais prevalente diagnóstico de admissão foi as fraturas do fémur e outros traumas e fraturas não especificadas. No que se refere aos traumas associados, verificou-se o domínio das fraturas de ossos longos, seguindo-se outros traumas. Quanto aos sinais vitais e parâmetros clínicos, na entrada no SU e na sua saída, em ambos os momentos, em termos médios, não se constataram grandes variações dos valores, com exceção para a PaO<sub>2</sub> que manifestou uma subida significativa de 77,1 para 103,1. Quanto ao ritmo do pulso, também nos dois momentos, registou-se um predomínio de pulsos rítmicos. Já para a escala de avaliação da dor, houve uma inversão da sua utilização entre a entrada e a saída do SU, com domínio da escala numérica aquando da entrada e domínio da escala qualitativa aquando da saída.

Dando resposta ao objetivo geral deste estudo, que se refere ao Índice de Gravidade das vítimas de queda assistidas no SU, obteve-se um score mínimo de 3,51 e um máximo de 7,84, com uma média centrada nos 7,34. As variáveis clínicas com interferência estatística foram a prioridade e a área clínica, inferindo-se que os utentes com prioridade laranja, com área clínica de pequena cirurgia e cuja especialidade foi a ortopedia apresentaram um Índice de Gravidade mais elevado. Quanto às variáveis preditoras do Índice de Gravidade, a idade, a FC, a dor, o Índice de reatividade de Glasgow, PaCO<sub>2</sub>, hemoglobina e bicarbonatos apresentaram uma relação indireta, enquanto a TAS, PH e PaO<sub>2</sub> estabeleceram uma relação direta.

Encontraram-se algumas das limitações metodológicas na realização do estudo, especialmente, o facto de a amostra ser não aleatória, traduzindo-se num fator limitante, a dimensão do grupo amostral ser reduzido (n=679), o que não permite fazer uma generalização dos resultados encontrados, ou seja, apenas permite considerar os resultados para a amostra estudada. Outra limitação prende-se com a falta de registo da FR, pelo que a escala RTS teve de ser adaptada, ou seja, houve a necessidade de operacionalizar a variável Índice de

Gravidade através da equiparação do  $\text{PaO}_2$  à FR para que se pudesse realizar o cálculo do Índice de Gravidade.

Sendo as quedas um grave problema de saúde pública, que resultam na população adulta e, sobretudo, no idoso, múltiplas comorbidades, é fundamental que se replique este estudo em amostras mais alargadas. Todavia, os resultados obtidos têm implicações para a prática clínica, considerando-se que estes se configuram como um contributo para a prática profissional na área de Médico-Cirúrgica, uma vez que os resultados obtidos oferecem a oportunidade de reconhecer a existência de novas relações, novas hipóteses e propostas como contributos de reflexão e projeção na temática em estudo, pelo que se assume esta investigação como um contributo para futuros estudos.

## Referências Bibliográficas

- AANN (2005). *Guide to the Care of the Patient with Intracranial Pressure Monitoring*. AANN Reference Series for Clinical Practice. Acedido em <https://docplayer.net/59027612-Guide-to-the-care-of-the-patient-with-intracranial-pressure-monitoring-aann-reference-series-for-clinical-practice.html>
- Aleixo, F. (2014). *Unidade de Cuidados Intensivos - Manual de Enfermagem*. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Acedido em: [http://www.chbargarvio.min-saude.pt/Downloads\\_HSA/CHBAIlg/Servi%C3%A7os/UCI/Ma](http://www.chbargarvio.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHBAIlg/Servi%C3%A7os/UCI/Ma)
- Andersson, V., Bergman, S., Hensch, I., Wickström Ene, K., Otterström-Rydberg, E., Simonsson, H., & Ahlberg, K. (2017). Pain and pain management in hospitalized patients before and after an intervention. *Scand J Pain*.; 15:22-29. doi: 10.1016/j.sjpain.2016.11.006.
- Arruda, F.C.A., Calheiros, V.P., Sales, V.M. et al. (2017). Cuidados de enfermagem na pressão intracraniana (PIC). *Revista Saúde*; vol. 11, 1. Acedido em <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3163>
- Barreto, M.L.C. (2017). *Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: Guia orientador de boas práticas de cuidados em enfermagem*. Projeto de intervenção realizado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem S. José Cluny. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24074/4/GOBPCE%20anexo%20do%20relat%C3%B3rio%20de%20mestrado.pdf>
- Bird, D., Zambuto, A., O'Donnell, C., Silva, J., Korn, C.,... Burke, R. (2010). Adherence to ventilator-associated pneumonia bundle and incidence of ventilator-associated pneumonia in the surgical intensive care unit. *Arch Surg*.; 145(5), 465-70.
- Bisinotto, F.M.B., Silveira, L.A.M., & Martins, L.B. (2014). Aspiração pulmonar em anestesia: revisão. *Rev Med Minas Gerais*; 24(Supl 8), 56-66. doi: 10.5935/2238-3182.20140128
- Brain Trauma Foundation (2016). *Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition*. Acedido em [www.neurosurgeryonline.com](http://www.neurosurgeryonline.com).
- Callaway, B. (2013). *Hildegard Peplau – A Enfermeira Psiquiátrica do Século*. Loures: Lusociência.
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., Oorock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliat Care*, 14(35).

- Causer, T., Zipf, J., & George, N. (2011). Protecting the Penumbra: The First Line of Defense in Preventing Secondary Brain Injury Is the Critical Care Bedside Nurse. *Journal of Trauma Nursing*; Vol. 8, 2, 104-114. Acedido em [https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article\\_ID=1184765&Journal\\_ID=607948&Issue\\_ID=1184411](https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1184765&Journal_ID=607948&Issue_ID=1184411)
- Cruto, E., Marques, M., & Sampaio, S. (2009). Como eu, Enfermeiro, faço técnicas de substituição renal contínuas com anticoagulação regional com citrato. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*; Vol. 16, 2, 45-48.
- Cruz, J.R.M. de (2018). *Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18258/1/pauta-relatorio-22.pdf>
- Derenzo, N., Miranda, D.J.C., Silva, S.L.P....& Stevanato, K.P. (2021). Perfil do atendimento de urgência e emergência em uma base do noroeste do Paraná. *Research, Society and Development*; Vol. 10, 5, e14010514859. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14859>
- Despacho no 1400-A/2015. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal]. *Diário da República*, 28(2), 4–9. Acedido em <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Norma n.º 008/2019, de 9 de dezembro de 2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- ESSV. (2020). Guia Orientador de Estágios do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem MédicoCirúrgica e 8º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem MédicoCirúrgica - Guia Orientador de Estágios
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca*, 2 (2), 17-20. Acedido em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM.pdf>
- Fjell, A., Cronfalk, B. S., Carstens, N., Rongve, A., Kvinge, L., Seiger, Å., Skaug, K., & Boström, A. M. (2018). Risk assessment during preventive home visits among older people. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 11, 609–620. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S176646>

- Gomes, J., Soares, C.M., & Bule, M.J. (2019). Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *RPER*; Vol. 2, 1, 11-17. doi 10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571
- Grupo Português de Triagem (2009). *Triagem no Serviço de Urgência, Protocolo de Triagem de Manchester*. Amadora. 2ª Edição.
- Haddad, S. H., & Arabi, Y. M. (2012). Critical care management of severe traumatic brain injury in adults. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20 (1), 12. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-20-12>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures : Lusociência, 2001. p. 220. ISBN: 972-8383-20-7.
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). Manual de TAS Situação de Exceção. 3ª ed, pp 1-50. Acedido em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida. 1ªed, pp 1-244. Acedido em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2019>
- LeLaurin, J. H., & Shorr, R. I. (2019). Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science. *Clinics in geriatric medicine*, 35(2), 273–283. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.01.007>
- Lohanathan, A., Hazra, D., Jyothirmayi, C. A., & Kundavaram, A. P. (2020). An Elucidation of Pattern of Injuries in Patients with Fall from Height. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(8), 683–687. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23520>
- Monteiro, M.H. (2020). *Risco de queda em utentes adultos e idosos no serviço de urgência*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Leiria Escola Superior de Saúde de Leiria. Acedido em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5438/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Risco%20de%20Queda%20em%20Utentes%20Adutos%20e%20Idosos.pdf>
- Namigar, T., Serap, K., Esra, A.T., Özgül, O., Can, O.A., Aysel, A., & Achmet, A. (2017). Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentani. *Rev Bras Anesthesiol.*; 67(4): 347-354.
- Nascimento, J.S. (2016). *Dispositivo para medição e controle da pressão do balonete das próteses traqueais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco.

- Centro de Tecnologia e Geociências. Acedido em <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/18945/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20vers%C3%A3o%20impress%C3%A3o%2011.07.16.pdf>
- Nunes, P.C.M., & Alminhas, S.M.P. (s.d.). “Cateter Venoso Central: Práticas? ... Na Procura da Excelência” Acedido em <https://1library.org/document/qvv3oodq-cateter-venoso-central-que-praticas-na-procura-excelencia.html>
- Oliveira, S.L.F., Francisco, T.J., Santos, H.M., César, A.N., & Lima, P.R. (2019). Fatores de risco para quedas em idosos no domicílio: um olhar para a prevenção. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba; Vol. 2, 3, 1568-1595. ISSN 2595-6825
- Olson, D., Batjer, H.H., Abdulkadir, K., & Hall, C.E. (2014). Measuring and Monitoring ICP in Neurocritical Care: Results from a National Practice Survey. *Neurocritical Care*; 20(1); 15–20. <https://doi.org/10.1007/s12028-013-9847-9>.
- Olson, D.M., Parcon, C., Santos, A., Santos, G., Delabar, R., & Stutzman, SE. (2017). A Novel Approach to Explore How Nursing Care Affects Intracranial Pressure. *Am J Crit Care*; 26(2), 136-139. doi: 10.4037/ajcc2017410.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Acedido a 17 de outubro 2020 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized> Ordem dos Enfermeiros. (2015, Outubro). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, pp 1-112. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11250/0474404750.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (s.d.). Norma 020/2020 (2020, Novembro 9). COVID-19: Definição de Caso de COVID-19, pp 1-2. Acedido em [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/Norma\\_020\\_2020.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/Norma_020_2020.pdf)

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2010b). Circular Normativa nº 01/DQS/DQCO. Criação e implementação da Via Verde de Sépsis (VVS). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-01dqsdqco-de-06012010.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2 (28), pp 3882 (2) – 3882 (10). Acedido em <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Protocolo Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais/05/2017 (2017). *Acesso venoso central por cateteres de curta permanência*. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh. Acedido em <https://www.passeidireto.com/arquivo/100313873/protocolo-cvc-5-converted>
- Quadros, C.N. (2021). *Prevenção de quedas em idosos inscritos em centros de dia do concelho de Tábua*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. URI: <http://hdl.handle.net/10400.19/6894>
- Reuse, D., Rodrigues, F.C.P., Fontana, R.T., Bittencourt, V.L.L., & Sangoi, K.C.M. (2021). Prevenção de quedas na atenção básica: percepção dos familiares e cuidadores. *Brazilian Journal of Health Review*; v.4, 3, 12564-12578. DOI:10.34119/bjhrv4n3-228
- Ricz, H.M.A., Mello, F.V., Freitas, L.C.C., & Mamede, R.C.M. (2011). Traqueostomia. *Medicina*; 44, 63-69.
- Romão, A.L., & Nunes, S. (2018). Quedas em internamento hospitalar – causas, consequências e custos: estudo de caso numa unidade hospitalar de Lisboa. *Port J Public Health*; 2-8. DOI: 10.1159/000488073
- Scott, R. A., Oman, K. S., Flarity, K., & Comer, J. L. (2018). Above, Beyond, and Over the Side rails: Evaluating the New Memorial Emergency Department Fall-Risk-Assessment Tool. *J Emerg Nurs.*; 44(5), 483-490. doi: 10.1016/j.jen.2018.01.007.
- Sharif, S.I., Al-Harbi, A.B., Al-Shihabi, A.M., Al-Daour, D.S., & Sharif, R.S.(2018). Falls in the elderly: assessment of prevalence and risk factors. *Pharmacy Practice*; 16(3), 1206. Acedido em <https://www.pharmacypractice.org/journal/index.php/pp/article/view/1206>
- Silva, M.E.S., Souza, T.G., & Oliveira, S.M. (2019). Avaliação da dor no paciente adulto crítico: proposta de construção de um fluxograma baseado em evidências científicas. *Revista enfermagem Atual In Derme*; 90-28, 1-7.
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T.F., McClement, S., Bouchal, S.R., Chochinov, H.N., & Hagen, M.A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of

palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*; Vol. 31(5), 437–447. Acedido a 27 de setembro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>

Teixeira, J.M.F., & Durão, M.C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Enf. Ref.*; vol. ser IV, 10, -142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>.

Tsang, M. (2013). The importance of empathy--as I have studied and experienced it. *Hawai'i journal of medicine & public health: a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health*, 72(9 Suppl 4), 79–80.

**ANEXOS**



## Anexo I – Parecer da Comissão de Ética

PARA C.A.

24/07/21

  
José L. Gomes  
(Enfermeiro Director)



CENTRO HOSPITALAR  
VILA REAL  
UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO  
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

### DELIBERAÇÃO

Nº Referência	02/16/07/2021
Designação	Pedido de autorização para realizar colheita de dados/informação
Investigador Principal	Maria Madalena Nunes Mauro Alexandre Coelho Bruna Raquel Pinto
Data do documento	17 Junho 2021
Data de Entrada na CES	28 Junho 2021
Data de Deliberação CES	16 de julho de 2021

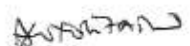
Analisado, o pedido de autorização, para realizar colheita de dados/informação no âmbito do estudo subordinado ao tema "Índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao serviço de urgência, a realizar no âmbito do relatório final do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica pelos alunos Maria Madalena Nunes, Mauro Alexandre Coelho e Bruna Raquel Pinto, esta CES deliberou, que nada tem a opor, ao mesmo.

#### Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 16/07/2021

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

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



  
Reunião: 200 (21)

CONSELHO  
ADMINISTRAÇÃO

  
Presidente  
(Nuno Duarte)

  
Vogal Executivo  
(Sílvia Gil)

  
Vogal Executivo  
(Malinda Guiné)

  
Diretor Clínico  
(Ricardo Melo)

  
Enfermeiro Director  
(José L. Gomes)



## Anexo II - Instrumento de recolha de dados



Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UnICISE)

**Departamento:** Enfermagem  
**Investigadores / Orientadores:** Madalena Cunha, Mauro Coelho  
**Investigador Colaborador:** Bruna Raquel Pinto, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7ª edição  
**Ano:** 2021

**Estudo:** *Índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao Serviço de Urgência*

I – Variáveis sociodemográficas	
1 – Idade: _____ anos	2- Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3 – Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União de Facto <input type="checkbox"/> Divorciado/ Separado <input type="checkbox"/> Viúvo	
4– Zona de Residência: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana	
5 – Distrito de residência: <input type="checkbox"/> Viseu <input type="checkbox"/> Guarda <input type="checkbox"/> Outro: Qual? _____	
6 – Habitação: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> IPSS <input type="checkbox"/> Unidade de Cuidados Continuados Integrados <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____	
II – Variáveis de contexto	
7 – Data de admissão no SU: ___/___/___	8 – Hora de admissão no SU: ___h :___ min
9- Data da alta do SU: ___/___/___	10- Hora de alta médica:
11 – Turno de admissão no SU: <input type="checkbox"/> Manhã (8h-16h) <input type="checkbox"/> Tarde (16h-24h) <input type="checkbox"/> Noite (24h-8h)	
12 – Dia da semana da admissão no SU: <input type="checkbox"/> Segunda-feira <input type="checkbox"/> Terça-feira <input type="checkbox"/> Quarta-feira <input type="checkbox"/> Quinta-feira <input type="checkbox"/> Sexta-feira <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	
13 – Meio de transporte para o SU: <input type="checkbox"/> INEM <input type="checkbox"/> VMER <input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Veículo próprio <input type="checkbox"/> Outro	

<b>14 – Chegada do doente ao SU:</b> <input type="checkbox"/> Pelo próprio pé <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	
<b>15– Hora da triagem:</b> ___h:___min	
<b>16 – Tempo desde a admissão até à triagem:</b> ___ minutos	
<b>17 – Tempo desde a triagem à primeira avaliação médica:</b> ___ minutos	
<b>III – Variáveis Clínicas</b>	
<b>18– Fluxograma no Sistema de Triagem de Manchester:</b> _____	<b>19– Discriminador no Sistema de Triagem de Manchester:</b> _____
<b>20 – Prioridade clínica:</b> <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Verde	
<b>21 – Área clínica:</b> <input type="checkbox"/> Sala de Emergência <input type="checkbox"/> Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> Área Urgente <input type="checkbox"/> Área Menos Urgente	
<b>22 – Especialidade médica:</b> <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Clínica geral <input type="checkbox"/> Outra	
<b>23 – Diagnóstico médico à alta do SU:</b> _____	
<b>24 – Destino após a alta do SU:</b> <input type="checkbox"/> Bloco operatório <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio/Local de residência <input type="checkbox"/> Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes <input type="checkbox"/> Unidade de Cuidados Intensivos Coronários <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Hospital de residência <input type="checkbox"/> Outro hospital <input type="checkbox"/> Alta por abandono <input type="checkbox"/> Unidade de Monitorização do doente cirúrgico <input type="checkbox"/> Sala de observações <input type="checkbox"/> Consulta externa	
<b>25 – Realização de exames complementares de diagnóstico durante o período de permanência no SU:</b> <input type="checkbox"/> Sim. Quais? <input type="checkbox"/> TC crânio-encefálica <input type="checkbox"/> Outras TAC <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Análises sanguíneas <input type="checkbox"/> FAST <input type="checkbox"/> Gasometria	

<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros. Qual/quais? _____ <input type="checkbox"/> Não	
<b>26- Toma medicação diariamente:</b> <input type="checkbox"/> Sim -Medicação anticoagulante e/ou antiagregante <input type="checkbox"/> Não faz qualquer medicação ou não há registo <input type="checkbox"/> Faz medicação exptuando anticoagulante e antiagregante	
<b>27- Parâmetros clínicos à entrada do SU:</b>  Pressão arterial: ___/___mmHg Frequência cardíaca: _____ bpm Ritmo cardíaco: _____ Temperatura: _____ °C Dor: - Escala utilizada: _____ - Score: _____ Glicemia capilar: _____ mg/dl Índice de reatividade da Escala de Coma de Glasgow: O ___ M ___ V ___ Valores gasimétricos: - pH: _____ - PaCO2: _____ - paCO2: _____ - hemoglobina: _____ - bicarbonatos ; _____	<b>28- Parâmetros clínicos à saída do SU:</b>  Pressão arterial: ___/___mmHg Frequência cardíaca: _____ bpm Ritmo cardíaco: _____ Temperatura: _____ °C Dor: - Escala utilizada: _____ - Score: _____ Glicemia capilar: _____ mg/dl Índice de reatividade de Glasgow: O ___ M ___ V ___ Valores gasimétricos: - pH: _____ - PaO2: _____ - paCO2: _____ - hemoglobina : _____ - bicarbonato: _____
29- Fratura de ossos longos <input type="checkbox"/> 30 - Fratura da bacia <input type="checkbox"/> 31 - Traumatismo crânio-encefálico <input type="checkbox"/> 33- Traumatismo abdominal <input type="checkbox"/> 34- Traumatismo torácico <input type="checkbox"/> 35 -Traumatismo da coluna <input type="checkbox"/> ~ 36 - Outros traumatismo <input type="checkbox"/>	



## Anexo III – Parecer sobre aceitação de Dissertação/Trabalho Projeto/Relatório Final de Estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

### PARECER SOBRE ACEITAÇÃO DE DISSERTAÇÃO/TRABALHO PROJETO/RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

(nome do Orientador) María Madalena Jesus Cunha Nunes, PhD

orientador do(a) aluno(a) Bruna Raquel da Silva Alves Figueiredo Pinto

número (n.º) 3535 da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu considera que o seu trabalho (nome) Índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao serviço de urgência \*

reúne os requisitos para ser sujeito à apreciação do júri.

Viseu,  , de   de 20 

O Orientador,

Assinado por: **María Madalena de Jesus e Cunha**

**Nunes**

Num. de identificação: BI06647455

Data: 2021.08.30 07:55:26+01'00'



O Coorientador,



## APÊNDICES



## Apêndice I – Poster –Cateter venoso central

### Cateter venoso central: orientações práticas



Lúmen proximal (próximo do local de fixação)	Medial ou mediais	Distal (porta do cateter)
Soroterapia e perfusões	Nutrição parentérica (lúmen único)	Aminas vasopressoras (lúmen único)
Medicação e rotina	Fluidos espessos	PVC
Coleta de sangue   outros lúmens fechados	Medicação urgente	Fluidos espessos a velocidade de perfusão rápida Derivados do sangue Medicação urgente

#### Notas:

Nutrição parentérica: substituição do sistema a cada 24h

Perfusão de propofol ou outra terapêutica com componentes lipídicos substituição a cada 12h



Alunas CMEC, 7ªed ESSV: Andreia Plácido e Bruna Pinto

