



SERVIR

SÉRIE
SERIE **2** NÚMERO
NUMBER **4**

ano • year | **2023**

Diretor • Director
Madalena Cunha





Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade | Property | Propiedad

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde- ACEPS
NIPC – 500847169

Sede do Proprietário/Editor/Redator/Impressor | Owner's Headquarters/Publisher/Writer/Printer | Sede del Proprietario/Editor/Redactor/Impresor

Avenida Sidónio Pais, 20- 4.º Dt.º
1050-215 Lisboa, Portugal
T. 213146520 | E. servir1952@gmail.com | W. <https://revistas.rcaap.pt/servir>

Diretor | Director | Director

Madalena Cunha

Ficha Catalográfica | Catalogue File | Ficha Catalográfica

Revista Servir/prop. ACEPS, 1952- 2021

Título da Revista | Journal title | Título de la Revista: SERVIR

Título da Revista abreviado | Abbreviated title of the Journal | Título de la Revista abreviado: Rev. Servir

Sigla da Revista | Acronym of the Journal | Sigla de la Revista: SERVIR

Depósito Legal Nº | Legal Deposit | Depósito Legal: 28340/89

Estatuto Editorial | Editorial Status | Estatuto Editorial: SERVIR

ISSNe (versão eletrónica): 2184-5697 (edição digital, Série 2 (2021) n.º 1 e seguintes)

ISSNe (versão eletrónica): 2184-5697 (edição digital, vol. 60 n.º 1-2 dezembro 2019)

ISSNp (versão impressa): 0871-2379 (edição em papel, n.ºs 1 (em 1952) – vol. 59, n.º 5-6, setembro-dezembro de 2017)



Acesso livre e gratuito para autores, revisores e leitores | Free access to authors, reviewers and readers | Acceso libre el autor, revisores e lectores

Periodicidade | Publication Frequency | Periodicidad

Quadrimestral, sendo editada em março, julho e novembro | Quarterly released in March, July and November |

Cuatrimestral, siendo editada em marzo, julio y noviembre

Período temporal da publicação | Temporal period of publication | Período de tiempo de publicación

Série 1 – 1952- 2019 | ano 1 – 68

Série 2 – 2021 | ano 1

Indexação | Indexation | Indexación

→ PubMed, Indexada pela Medline de 1984 a 2013 (NLM ID: 860174)

→ Scopus – 1984 a 2009, 2013

→ RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (a partir de 2020)

→ SARC – Serviço de Alojamento de Revistas Científicas (a partir de 2020)

→ DOAJ – Directory of Open Access Journals (a partir de 2020)



Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde- ACEPS

Editor Chefe | Chief Publisher | Editor Chefe

Madalena Cunha

Editor Adjunto | Assistant Publisher | Editor Adjunto

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque

Conselho Científico | Scientific Council | Consejo Científico

Madalena Cunha | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | Presidente

Carlos Albuquerque | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | Vice-Presidente

Plenário - Conselheiros Vogais

Ana Cristina Mancussi Faro | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

Andreia Silva | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa (PT)

Beatriz Araújo | bea9araujo@gmail.com | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Eduardo Santos | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra (PT)

Elisa Garcia | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Elma Zoboli | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

Fernanda Trindade Lopes | PhD, Instituto Politécnico da Guarda, Guarda (PT)

Isabel Carvalho Beato Ferraz Pereira | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa (PT)

João Mendes | PhD, Universidade de Évora, Évora (PT)

José Amendoeira | PhD, Instituto Politécnico de Santarém, Santarém (PT)

Luís Lisboa Santos | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Lisboa (PT)

Manuela Frederico | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra (PT)

Margarida Reis Santos | PhD, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto (PT)

Margarida Vieira | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Braga, Braga (PT)

Maria de Lurdes Martins | PhD, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa (PT)

Mauro Alexandre Lopes Mota | PhD, ULSG; Instituto Politécnico de Viseu, Viseu (PT)

Olivério Ribeiro | PhD, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu (PT)

Regina Maria Ferreira Pires | PhD, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT)

Rosa Martins | PhD, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu (PT)

Sérgio Deodato | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Zaida Charepe | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Conselho Editorial Internacional | International Editorial Board | Consejo Editorial Internacional

Madalena Cunha | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT), Presidente

Ana Cristina Mancussi Faro | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

Ana Frias | Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora (PT)

Anabela Pereira | PhD, Universidade de Aveiro, Aveiro (PT)

Christophe Dubout | PhD, III IFITS Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon (FR)

Elma Zoboli | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

Luís Saboga Nunes | PhD, Universidade de Educação de Freiburg, Instituto de Sociologia (DE)

Manuela Frederico | Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra (PT)

Margarida Vieira | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Zélia Anastácio | PhD, Universidade do Minho, Braga (PT)

Editores das Secções | Section Publishers | Editores de Secciones

Enfermagem

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Madalena Cunha | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: 5C12-8847-309C | ORCID iD: 0000-0003-0710-9220

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Luís Miguel Condeço | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: 5619-E022-3F21 | ORCID iD: 0000-0002-4165-7477

Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária

Andreia Costa | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT)

Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

Fátima Martins | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Braga (PT)

Ciência ID: 7A1F-4C8A-1EB3 | ORCID iD: 0000-0002-9137-5507

Enfermagem de Saúde Familiar

Ana Isabel Andrade | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: BD1A-807B-CEFB | ORCID iD: 0000-0003-1070-8507

Enfermagem Médico-Cirúrgica/Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa

Mauro Mota | MsD, ULSG; Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: A11F-87F8-F478 | ORCID iD: 0000-0001-8188-6533

Enfermagem de Reabilitação

Rosa Martins | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: CB11-984E-CDCA | ORCID iD: 0000-0001-9850-9822



Áreas Multidisciplinares em Saúde

Psicologia da Saúde; Promoção da Saúde

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: 9B1E-D9AA-1C3F | ORCID iD: 0000-0002-2297-0636

Metodologias de Investigação e Estatística

Eduardo Santos | PhD, CHUC, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: 8D1E-873C-6D80 | ORCID iD: 0000-0003-0557-2377

Gestão e Administração dos Serviços de Saúde

Olivério de Paiva Ribeiro | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: C51C-7906-19ED | ORCID iD: 0000-0001-7396-639X

Revisores

- *Adelino Rodrigues* | RN, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Saúde Infantil e Pediátrica)
- *Alexandra Dinis* | MsD, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Reabilitação)
- *Ana Carolina Figueiredo Rodrigues* | DR., Unidade de Saúde Local de Matosinhos (PT) (Espec Enf. Saúde Infantil e Pediátrica)
- *Ana Marinho Diniz* | MsD, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (PT) (Mestrado em Enfermagem)
- *Ana Patrícia Santos*
- *Ana Paula Fernandes das Neves* | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT) (Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária)
- *Ana Ribeiro* | Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde Viseu (PT)
- *Anabela Antunes* | MsD, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Saúde Mental e Psiquiátrica)
- *Andreia Cátia Jorge Silva da Costa* | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT) (Espec Enf. Saúde Pública / Enf Comunitária) |
Doutoramento em enfermagem
- *António Almeida* | MsD, Hospital de São José; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT)
- *António Madureira Dias* | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Médico-cirúrgica) | Doutoramento em Ciências de Enfermagem
- *Beatriz Araújo* | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) (Espec Enf. Saúde infantil e Pediátrica) | Doutoramento em Ciências de Enfermagem
- *Conceição Afonso* | Hospital de Braga (PT) (Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação: Pós-graduação em Educação-
Pedagogia. Pós-graduação em Gestão de Unidades de Saúde)
- *Cristina Albuquerque* | RN, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu (PT) (Espec Enf. Saúde Materna e Obstétrica) | Socióloga
- *Elisa Garcia* | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) (Espec Enf. Saúde Pública / Enf Comunitária) | Doutoramento em Enfermagem
- *Emília Sarmiento* | PhD, ACES Marão e Douro Norte Unidade de Saúde Pública (PT)
- *Esperança Gago Alves Pereira* | PhD, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga. (PT) (Espec Enf. de Reabilitação)
| Doutoramento Ciências de Enfermagem
- *Fátima Martins* | Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem (PT)
- *Fernanda Trindade Lopes* | PhD, Instituto Politécnico da Guarda (PT) (Espec Enf. Saúde Infantil e Pediátrica) | Doutoramento Comunicação
e Sociopsicologia
- *Fernando Pina* | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Médico-cirúrgica/Enf Reabilitação) | Mestrado em Enf. de Reabilitação
- *Filipe Melo* | CHUA-Centro Hospitalar Universitário do Algarve. ABC-Algarve Biomedical Center. INEM- Instituto Nacional de Emergência
Médica (PT) Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica
- *Graça Aparício* | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Saúde infantil e Pediátrica) | Doutoramento em Tecnologias da Saúde
- *Hugo Neves* | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (PT)
- *Hugo Santos* | MsD, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu (PT)
- *Irene Oliveira* | PhD, MNSc, RN, Instituto de Ciências da Saúde | Universidade Católica Portuguesa, Porto (PT)
- *Isabel Carvalho Beato Ferraz Pereira* | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT) (Espec Enf. Médico- cirúrgica) | Doutoramento
em enfermagem

- **Isabel Videira** | MsD, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu (PT) (Espec. Enf. Reabilitação)
- **Joana Freitas** | PhD, Universidade do Algarve (PT) (Doutoramento em Psicologia)
- **João Carvalho Duarte** | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Doutoramento em Saúde Mental
- **João Mendes** | PhD, Universidade de Évora (PT) (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Doutoramento em Enfermagem
- **Jorge Melo** | MSc, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu (PT)
- **Laura Alonso Martinez** | MSc, Universidad de Burgos (ES) (Nothumbria University) | MSc Psychology
- **Liliana Oliveira** | Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu (PT)
- **Luís Lisboa Santos** | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (PT) (História de Enfermagem) | Doutorado em Enfermagem
- **Luísa Santos** | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, Madeira (PT) (Enfermagem; Mediação familiar) | Doutoramento em Enfermagem
- **Manuela Frederico** | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra (PT)
- **Márcia Pestana-Santos** | CHUC- Hospital Pediátrico de Coimbra (PT)
- **Margarida Carvalho** | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec. Enf. Saúde Infantil e Pediátrica)
- **Margarida Reis Santos** | PhD, Escola Superior de Enfermagem do Porto (PT)
- **Margarida Vieira** | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) (Espec. Enf. Saúde Infantil e Pediátrica) | Doutoramento em Filosofia
- **Maria de Fátima da Silva Vieira Martins** | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Braga (PT) (Espec. Enf. Saúde Materna e Obstétrica) | Doutoramento em Sociologia
- **Maria José de Dios-Duarte** | PhD, Universidad de Valladolid (ES) Doctora por la Universidad Complutense de Madrid
- **Mariana Monteiro** | Santa Casa Misericórdia, Seia (PT) Psicologia
- **Marisa Lourenço** | PhD, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT) (Doutoramento em Enfermagem)
- **Marta Macedo** | MSc, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, (PT) (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Mestrado em Enf. Médico-cirúrgica
- **Mauro Coelho** | MSc, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Mestrado em Enf. Médico-cirúrgica
- **Melodie Mota** | MSc, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (PT)
- **Natália Machado** | PhD, Escola Superior de Enfermagem do Porto (PT) (Doutoramento em Enfermagem)
- **Nélio Silva** | Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, Aveiro (PT)
- **Nuno Loureiro** | CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu (PT)
- **Regina Maria Ferreira Pires** | PhD, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT) (Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ; Supervisão Clínica)
- **Ricardo Loureiro** | Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (PT)
- **Ricardo Melo** | Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (PT)
- **Rui Macedo** | MSc, Centro Hospitalar Castelo Branco (PT) (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Mestrado em Enf. Médico-cirúrgica
- **Sandra Queiroz** | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (PT) (Espec. Enf. Médico cirúrgica) | Doutoramento Ciências da Educação
- **Sandrina Nunes** | Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (PT)
- **Sérgio Deodato** | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) | Doutoramento enfermagem | Licenciatura em Direito
- **Sofia Margarida Guedes de Campos Pires** | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec. Psicologia) | Psicologia
- **Susana Marisa Loureiro Pais Batista** | PhD, Escola Superior de Saúde de Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec. Enf. Reabilitação) | Doutoramento em Ciências de Enfermagem
- **Zaida Charepe** | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) (Espec. Enf. Saúde Infantil e Pediátrica) | Doutoramento em enfermagem



Revisores

Servir, 2(4)

- *Ana Marinho Diniz* | Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Gabinete de Segurança do Doente
- *Hélène Ferreira Malta* | ICBAS, Universidade do Porto (PT)
- *Irene Oliveira* | Centro Hospital Tondela Viseu | Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal (PT)
- *João Barros*
- *María José de Dios-Duarte* | Universidad de Valladolid, Valladolid, Espanha
- *Nélio Silva* | Centro Hospitalar do Baixo Vouga EPE
- *Rui Macedo* | Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, Portugal
- *Sandra Queirós* | Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Lisboa, Portugal
- *Sérgio Deodato* | Universidade Católica, Porto, Portugal

Editorial

Fatores facilitadores e dificultadores da integração de enfermeiros recém-formados

O período de integração dos enfermeiros recém-formados à vida profissional é uma etapa crucial, pois envolve um processo de transição do papel de estudante para o papel de profissional. Este é um espaço temporal determinante para a socialização profissional em que novos enfermeiros adquirem conhecimentos, desenvolvem aprendizagens técnicas e habilidades, e apropriam-se dos valores e cultura da profissão.

O Modelo de Proficiência de Patricia Benner (2001), advoga que o enfermeiro recém-formado que inicia funções num serviço está no nível de iniciado, sem experiência das situações que enfrenta na prática clínica, desconhece ou não se encontra familiarizado com os objetivos, processos de trabalho e rotinas inerentes à prestação de cuidados, tem dificuldade em diferenciar os aspetos relevantes dos acessórios inerentes às situações, e de transferir as aprendizagens teóricas para a prática clínica.

A transição do papel de estudante para o papel de profissional, à luz da teoria das transições de Afaf Meleis (2012), encerra propriedades como consciencialização, empenhamento, um espaço temporal ajustado às necessidades de integração do enfermeiro e apoio, sendo condicionada por fatores facilitadores e dificultadores, de natureza pessoal e contextual.

Efetivamente, os desafios que os enfermeiros enfrentam nesta fase são consideráveis, desde logo, aqueles que resultam da sua condição pessoal, os conflitos entre a formação inicial e a realidade do mundo do trabalho, a falta de familiarização com as políticas, protocolos, procedimentos e ferramentas organizacionais intrínsecos à prestação de cuidados, o assumir a responsabilidade da atividade profissional com a autonomia que lhe é exigida e a dependência de apoio resultante das dificuldades inerentes à sua falta de experiência e nível de proficiência, que os leva a cumprir normas e centrar-se nas regras, com dificuldade em estabelecer prioridades e a agir independentemente do contexto.

Esta conjuntura dificulta o processo de integração, que se acentua com a presença de fatores de natureza contextual que muitas vezes se constituem como fatores dificultadores designadamente: falta de apoio organizacional e dos colegas; hostilidades inerentes ao ambiente de trabalho, sobretudo relacionadas com conflitos e dificuldades de comunicação e relação dentro da equipe; a inexistência de um plano de integração; a escassez de recursos humanos que muitas vezes implica a redução da duração do processo de integração e, a falta de apoio e de supervisão por parte de colegas mais experientes; a inexistência de supervisão clínica formal e de supervisor clínico; a inexperiência na área em que está a integrar-se; a incompreensão por parte da equipe relativamente às suas limitações e falta de experiência; a falta de valorização enquanto profissional (Carvalho, 2016; Albuquerque, 2021).

Estes fatores são geradores de um conjunto de emoções e sentimentos que implicam que o processo de integração se apresente inicialmente como um período de “caos”, caracterizado pelo medo, desorientação, insegurança, ansiedade e stress que, frequentemente, conduzem ao desgaste, à diminuição da autoconfiança e da autoestima e, baixa perceção de autoeficácia, o que inevitavelmente interfere com o desenvolvimento do enfermeiro, com a construção da sua identidade profissional, vinculação à profissão e crescimento sustentado no seio da equipe de enfermagem.

Nesta transição alguns dos padrões de resposta referem-se a indicadores de processo que remetem para a interação do enfermeiro, nomeadamente sentir-se vinculado, estar situado e desenvolver confiança e estratégias de coping. A consecução destes indicadores impõe que o enfermeiro seja apoiado por parte das organizações de saúde, que devem mobilizar estratégias que se mostrem facilitadoras do processo de integração, tais como: ter em conta a experiência e motivações do enfermeiro em integração e aloca-lo a um ambiente clínico da sua preferência; facultar programa de integração no serviço; disponibilizar materiais de apoio; ajudar o novo profissional a familiarizar-se com o ambiente clínico, normas e princípios do serviço, políticas e regras organizacionais; auxiliar na aquisição de experiências práticas que contribuam para o desenvolvimento das competências; envolver o enfermeiro nos processos de decisão sobre a sua integração; proporcionar supervisão clínica adequada; flexibilizar o tempo de integração, face às necessidades pessoais; encorajar ambiente de trabalho positivo promovido pelo supervisor clínico e pela equipe, no sentido de ajudar a aumentar a autoconfiança e garantir que o enfermeiro permaneça na profissão.

Todas as partes interessadas da organização, nomeadamente gestores de topo, enfermeiros gestores e enfermeiros seniores, devem mobilizar estratégias que contribuam para a promoção de relações de trabalho saudáveis e trabalho em equipe eficaz, que complementem os valores centrais da enfermagem e dos cuidados.

Se essas estratégias forem implementadas, indicadores de resultado como a “mestria” do enfermeiro e integração fluída da identidade serão indicadores de resultado alcançáveis, sinal de que estará em melhor posição para continuar com sucesso a sua carreira como enfermeiro.

Referências:

- Albuquerque, J. S. (2021). *Integração dos enfermeiros e Construção da Identidade Profissional: Contributos da Supervisão Clínica* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto.
- Carvalho, A. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração profissional de enfermeiros* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5th ed.). Lippincott.

Editorial

Facilitating and hindering factors in the integration of newly graduated nurses

The period of integration of newly graduated nurses into professional life is a crucial stage, as it involves a process of transition from the student role to the professional role. This is a crucial time frame for professional socialization in which the new nurses acquire knowledge, develop technical learning and skills, and appropriate the profession's values and culture.

The Patricia Benner's Proficiency Model (2001), advocates that the newly graduated nurses who start working in a service are at the beginner level, without experience of the situations they face in clinical practice, are unaware or are not familiar with the objectives, processes of work and routines inherent in the provision of care, has difficulty in differentiating the relevant aspects from the accessories inherent in situations, and in transferring theoretical learning to clinical practice.

The transition from the student role to the professional role, according to Afaf Meleis's theory of transitions (2012), includes properties such as awareness, commitment, a time frame adjusted to the needs of nurses' integration and support, being conditioned by facilitating factors and impediments, of a personal and contextual nature.

Effectively, the challenges that nurses face at this stage are considerable, first of all, those that result from their personal condition, conflicts between initial training and the reality of the world of work, the lack of familiarization with policies, protocols, procedures and organizational tools intrinsic to the provision of care, taking responsibility for the professional activity with the autonomy that is required of them and the dependence on support resulting from the difficulties inherent to their lack of experience and level of proficiency, which leads them to comply with standards and focus on into rules, with difficulty setting priorities and acting independently of context.

This situation makes the integration process more difficult, which is accentuated by the presence of factors of a contextual nature that often constitute complicating factors, namely: hostilities inherent to the work environment, especially related to conflicts and difficulties in communication and relationships within the team; the lack of an integration plan; the scarcity of human resources, which often means shorten the duration of the integration process, and the lack of support and supervision from more experienced colleagues; the lack of formal clinical supervision and clinical supervisor; inexperience in the area in which you are integrating; staff misunderstanding of their limitations and lack of experience; the lack of appreciation as a professional (Carvalho, 2016; Albuquerque, 2021).

These factors generate a set of emotions and feelings that imply that the integration process is initially presented as a period of "chaos" characterized by fear, disorientation, insecurity, anxiety and stress. Which often leads to exhaustion, a decrease in self-confidence and self-esteem, and low perception of self-efficacy, which inevitably interferes with the development of nurses, with the construction of their professional identity, attachment to the profession and sustained growth within the nursing team.

In this transition, some of the response patterns refer to process indicators that refer to the nurse's interaction, namely feeling connected, being situated and developing trust and coping strategies. The achievement of these indicators requires that nurses be supported by health organizations, which must mobilize strategies that facilitate the integration process, such as: taking into account the experience and motivations of nurses in integration and allocating them to a preferred clinical setting; to provide integration program in the service; provide support materials; help the new professional to become familiar with the clinical environment, norms and principles of the service, organisational and policies rules; assist in the acquisition of practical experiences that contribute to the development of skills and competencies; involve nurses in decision-making processes regarding his/her integration; to provide adequate clinical supervision; to make integration time more flexible, according to personal needs; to encourage a positive work environment promoted by the clinical supervisor and the team, in order to help increase self-confidence and ensure that the nurse remains in the profession.

All the organization's stakeholders, namely senior managers, nurse managers and senior nurses, should mobilize strategies that contribute to the promotion of healthy working relationships and effective teamwork, that complement the core values of nursing and care.

If these strategies are implemented, outcome indicators such as nurse "mastery" and fluid identity integration will be achievable outcome indicators, a sign that you will be in a better position to successfully continue your career as a nurse.

References:

- Albuquerque, J. S. (2021). *Integração dos enfermeiros e Construção da Identidade Profissional: Contributos da Supervisão Clínica* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto.
- Carvalho, A. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração profissional de enfermeiros* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5th ed.). Lippincott.

Editorial

Factores que facilitan y dificultan la integración de los enfermeros recién graduados

El periodo de integración de las enfermeras recién graduadas en la vida profesional es una etapa crucial, ya que implica un proceso de transición del papel de estudiante al de profesional. Se trata de un espacio temporal determinante para la socialización profesional en el que los nuevos enfermeros adquieren conocimientos, desarrollan aprendizajes y habilidades técnicas y se apropian de los valores y la cultura de la profesión.

El Modelo de Competencia de Patricia Benner (2001), preconiza que las enfermeras recién graduadas que comienzan a trabajar en un servicio se encuentran en el nivel de principiante, sin experiencia en las situaciones a las que se enfrentan en la práctica clínica, desconocen o no están familiarizadas con los objetivos, los procesos de trabajo y las rutinas inherentes a la prestación de cuidados, tienen dificultades para diferenciar los aspectos relevantes de los accesorios inherentes a las situaciones y para transferir los conocimientos teóricos a la práctica clínica.

La transición del rol de estudiante al rol profesional, a la luz de la teoría de las transiciones de Afaf Meleis (2012), incluye propiedades como la toma de conciencia, el compromiso, un marco temporal ajustado a las necesidades de integración y apoyo de las enfermeras, estando condicionada por factores facilitadores e impedimentos, de carácter personal y contextual.

De hecho, las enfermeras se enfrentan a retos considerables en esta etapa, a saber, los derivados de su condición personal, los conflictos entre su formación inicial y la realidad del mundo laboral, la falta de familiaridad con las políticas, los protocolos, los procedimientos y las herramientas organizativas intrínsecas a la prestación de cuidados, Asumir la responsabilidad de la actividad profesional con la autonomía que se les exige y la dependencia de apoyo derivada de las dificultades inherentes a su falta de experiencia y nivel de competencia, que les lleva a cumplir las normas y centrarse en las reglas, con dificultad para establecer prioridades y actuar con independencia del contexto.

Esta coyuntura dificulta el proceso de integración, que se ve acentuado por la presencia de factores de naturaleza contextual que a menudo constituyen factores obstaculizadores, a saber: la falta de apoyo organizativo y de los compañeros; las hostilidades inherentes al entorno de trabajo, especialmente relacionadas con los conflictos y las dificultades de comunicación y relación dentro del equipo; la ausencia de un plan de integración; la escasez de recursos humanos que a menudo implica la reducción de la duración del proceso de integración y, la falta de apoyo y supervisión por parte de compañeros con más experiencia; la ausencia de supervisión clínica formal y de un supervisor clínico; la inexperiencia en el área en la que se está integrando; la falta de comprensión por parte del equipo respecto a sus limitaciones y falta de experiencia; la falta de valoración como profesional (Carvalho, 2016; Albuquerque, 2021).

Estos factores generan un conjunto de emociones y sentimientos que implican que el proceso de integración sea inicialmente un periodo de “caos” caracterizado por el miedo, la desorientación, la inseguridad, la ansiedad y el estrés, que a menudo provocan desgaste, disminución de la confianza en uno mismo y de la autoestima, y baja percepción de la autoeficacia, lo que inevitablemente interfiere en el desarrollo de las enfermeras, la construcción de su identidad profesional, el apego a la profesión y el crecimiento sostenido dentro del equipo de enfermería.

En esta transición, algunos de los patrones de respuesta se refieren a indicadores de proceso que hacen referencia a la interacción de las enfermeras, a saber, sentirse conectadas, estar situadas y desarrollar confianza y estrategias de afrontamiento. La consecución de estos indicadores requiere que las enfermeras cuenten con el apoyo de las organizaciones sanitarias, que deben movilizar estrategias que faciliten el proceso de integración, tales como tener en cuenta la experiencia y las motivaciones del enfermero integrador y asignarle un entorno clínico de su preferencia; ofrecerle un programa de integración en el servicio; poner a su disposición material de apoyo; ayudar al nuevo profesional a familiarizarse con el entorno clínico, las normas y principios del servicio, las políticas y reglas de la organización; ayudarle en la adquisición de experiencias prácticas que contribuyan al desarrollo de competencias; implicar al enfermero en los procesos de toma de decisiones relativos a su integración; proporcionar una supervisión clínica adecuada; flexibilizar el tiempo de integración en función de las necesidades personales; fomentar un entorno de trabajo positivo promovido por el supervisor clínico y el equipo, con el fin de contribuir a aumentar la confianza en sí mismo y garantizar la permanencia del enfermero en la profesión.

Todas las partes interesadas de la organización, a saber, los altos directivos, las enfermeras gestoras y las enfermeras sénior, deben movilizar estrategias que contribuyan a fomentar unas relaciones laborales sanas y un trabajo en equipo eficaz, que complementen los valores fundamentales de la enfermería y los cuidados.

Si se aplican estas estrategias, indicadores de resultados como el “dominio” enfermero y la integración de la identidad fluida serán indicadores de resultados alcanzables, señal de que estará en mejores condiciones para continuar con éxito su carrera como enfermera.

Referências:

- Albuquerque, J. S. (2021). *Integração dos enfermeiros e Construção da Identidade Profissional: Contributos da Supervisão Clínica* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto.
- Carvalho, A. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração profissional de enfermeiros* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5th ed.). Lippincott.



Sumário | Summary | Resumen

Intervenções Autónomas de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente com Ventilação Não Invasiva Autonomous Nursing Interventions as Quality Sensitive Indicators for patient care with Noninvasive Ventilation Intervenciones Autónomas de Enfermería como Indicadores Sensibles a la Calidad para la atención de pacientes con Ventilación No Invasiva	19
Intercorrências no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica Intercurrences in the inter-hospital transport of the person in critical situation Intercurrencias en el transporte interhospitalario de la persona en situación crítica	35
A Comunicação de Más Notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: uma Revisão Narrativa Bad News Communication as seen through the lens of Meleis and Watson: a Narrative Review La comunicación de malas noticias vista a través de la lente de Meleis y Watson: una revisión narrativa	47
Índice de choque e de mortalidade em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência Shock and mortality rate in victims of interpersonal violence assisted in the emergency department Shock y tasa de mortalidad en víctimas de violencia interpersonal atendidas en el servicio de urgencias	65
Mortalidade em doentes internados com Sars-Cov-2: fatores influenciadores Mortality in hospitalized patients with Sars-Cov-2: influencing factors Mortalidad en pacientes hospitalizados con Sars-Cov-2: factores que influyen	81



Autores | Authors | Autores

A

Ana Catarina Pereira, 81

B

Bruno Borges, 35

E

Eduardo Santos, 47

Elisabete Figueiredo, 81

H

Helder Patrício, 81

Hélène Ferreira Malta, 47

I

Isabel Maria Fernandes, 47

M

Madalena Cunha, 65, 81

Magarida Reis Santos, 11

Maria Aurora Pereira, 47

Matilde Martins, 35

N

Natália Almeida Lopes Figueiredo, 65

P

Paulo Parente, 47

R

Regina Pires, 11

Rui Baptista, 47

S

Susana Garcia, 19

T

Teresa Correia, 35

Tiago Machado, 81

V

Veiga-Branco Augusta, 19

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM COMO INDICADORES SENSÍVEIS DE QUALIDADE AOS CUIDADOS AO DOENTE COM VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

AUTONOMOUS NURSING INTERVENTIONS AS QUALITY SENSITIVE INDICATORS FOR PATIENT CARE WITH NONINVASIVE VENTILATION

INTERVENCIONES AUTÓNOMAS DE ENFERMERÍA COMO INDICADORES SENSIBLES A LA CALIDAD PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON VENTILACIÓN NO INVASIVA

Susana Garcia¹
Veiga-Branco Augusta²

¹Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal (spgarcia0909@gmail.com)

²Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal (essa@ipb.pt)

<https://orcid.org/0000-0002-7963-2291>

Corresponding Author

Susana Raquel Pinto Garcia
Rua Visconde da Ribeira Brava, nº 61 A
5300-003 Bragança, Portugal
spgarcia0909@gmail.com

RECEIVED: 22nd September, 2022

ACCEPTED: 18th January, 2023

PUBLISHED: 6th March, 2023

Servir, 2(04), e28108

DOI:10.48492/servir0204.28108

2023



RESUMO

Introdução: As Intervenções Autônomas de Enfermagem podem adquirir o estatuto de Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente crítico com Ventilação Mecânica Não Invasiva, se a sua consistência de aplicação, estiver de acordo com a eficácia da recuperação.

Objetivo: Reconhecer as Intervenções Autônomas de Enfermagem, no cuidado ao doente crítico com Ventilação Mecânica Não Invasiva, que pela consistência de execução, podem ser consideradas Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados de saúde.

Métodos: Estudo transversal, exploratório e quantitativo, a partir da aplicação de um questionário, elaborado para o efeito, numa amostra de 76 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (82,9%), e escalão etário entre 36 a 45 anos (51,3%), do Norte, em Serviços de Urgência e Medicina Intensiva, em março de 2022.

Resultados: As oito Intervenções Autônomas de Enfermagem identificadas como Indicadores Sensíveis de Qualidade foram “(...) o registo do estado de consciência”; “(...) registo de parâmetros hemodinâmicos”; “utilização de filtro antibacteriano e humidificação (...)”; “a aferição do tamanho da interface é pertinente”; “doente posicionado no leito com cabeceira >30º”; “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”; “é indicado o levante para o cadeirão” e “aplicação de vaselina nos lábios e a humidificação da cavidade oral (...)”.

Conclusão: Reafirma-se a pertinência das competências autónomas dos enfermeiros, na prestação e na visibilidade da prestação de cuidados diferenciados, bem como a necessidade de criar um protocolo de atuação na terapia com Ventilação Mecânica Não Invasiva, ao doente crítico.

Palavras-chaves: enfermagem; intervenções autónomas; indicadores sensíveis; doente crítico; ventilação não invasiva

ABSTRACT

Introduction: Autonomous Nursing Interventions may acquire the status of Quality Sensitive Indicators for critical patient care with Noninvasive Mechanical Ventilation, if their consistency of application is in accordance with the effectiveness of recovery.

Objective: Recognizing the Autonomous Nursing Interventions in the care of critically ill patients with Noninvasive Mechanical Ventilation, which, due to consistency of execution, can be considered Quality Sensitive Indicators to health care.

Methods: This is a cross-sectional, exploratory and quantitative study, based on the application of a questionnaire, elaborated for this purpose, in a sample of 76 nurses, mostly female (82.9%), and age group between 36 and 45 years (51.3%), from the North, in Emergency and Intensive Care Services, in March 2022.

Results: The eight Autonomous Nursing Interventions identified as Quality Sensitive Indicators were “(...) the register of the state of consciousness”; “(...) recording of hemodynamic parameters”; “use of antibacterial filter and humidification (...)”; “the measurement of the size of the interface is relevant”; “patient positioned in bed with headboard >30º”; “the interface is selected in order to suit the patient”; “the lift to the chair is indicated” and “application of vaseline on the lips and humidification of the oral cavity (...)”.

Conclusion: It reaffirms the pertinence of the nurses’ autonomous competencies, in the provision and visibility of the provision of differentiated care, as well as the need to create a protocol for the use of Noninvasive Mechanical Ventilation therapy for the critically ill.

Keywords: nursing; autonomous interventions; sensitive indicators; critically ill; noninvasive ventilation

RESUMEN

Introducción: Las Intervenciones Autónomas de Enfermería pueden adquirir el estatus de Indicadores Sensibles a la Calidad para la atención de pacientes críticos con Ventilación Mecánica No Invasiva, si su consistencia de aplicación está de acuerdo con la efectividad de la recuperación.

Objetivo: Reconocer las Intervenciones Autónomas de Enfermería en la atención de pacientes críticamente enfermos con Ventilación Mecánica No Invasiva, que, debido a la consistencia de la ejecución, puede considerarse Indicadores Sensibles a la Calidad para la atención de la salud.

Métodos: Se trata de un estudio transversal, exploratorio y cuantitativo, basado en la aplicación de un cuestionario, en una muestra de 76 enfermeros, en su mayoría mujeres (82,9%), y grupo de edad entre 36 y 45 años (51,3%), del Norte, en Servicios de Urgencias e Intensivos, en marzo 2022.

Resultados: Las ocho Intervenciones Autónomas de Enfermería identificadas como Indicadores Sensibles a la Calidad fueron “(...) el registro del estado de conciencia”; “(...) registro de parámetros hemodinámicos”; “uso de filtro antibacteriano y humidificación (...)”; “la medición del tamaño de la interfaz es pertinente”; “paciente colocado en cama con cabecero >30º”; “la interfaz se selecciona para adaptarse al paciente”; “el levantamiento a la silla está indicado” y “aplicación de vaselina en los labios y humidificación de la cavidad oral (...)”.

Conclusión: Reafirma la pertinencia de las competencias autónomas de los enfermeros, en prestación de cuidados diferenciados, así como la necesidad de crear un protocolo para el uso de la terapia Ventilación Mecánica No Invasiva para enfermos críticos.

Palabras Clave: enfermería; intervenciones autónomas; indicadores sensibles; enfermos críticos; ventilación no invasiva

Introdução

O campo da insuficiência respiratória aguda, vem apresentando progressiva expansão, e em todas as suas dimensões, a atuação do enfermeiro assume particular relevância (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Do ponto de vista do espaço, esta atuação exerce-se desde as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), até aos cuidados em domicílio, onde a família pode ser convidada a refletir acerca das implicações do uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) (Guedes et al. 2020). A utilização da VMNI assume-se em doentes críticos em geral, com insuficiência respiratória aguda (IRA) e em doentes imunocomprometidos (Wang et al., 2017). Considerando a larga aplicação e os recursos que envolve, autores como Caprini et al. (2019), estudaram o uso precoce de VMNI (em doentes fora das UCI) e se esse uso pode impedir a progressão de IRA leve a moderada para IRA grave.

A VMNI e a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) são duas formas fundamentais de tratamento para fornecer oxigénio suplementar e suporte ventilatório em doentes com IRA relativamente grave. A VMNI é a entrega de ventilação por pressão positiva via aérea oronasal ou nasal, uma máscara facial total ou capacete, em vez de tubo endotraqueal. Os tipos mais comuns de VMNI são a pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) e a pressão positiva binível nas vias aéreas (BIPAP) (Wang et al., 2017).

O espectro de indicações da VMNI é cada vez mais extenso, e cada vez mais, doentes em situações críticas são tratados com sucesso (Ergan et al., 2018). Em suma, considera-se a VMNI, uma técnica assumidamente pertinente, mas é inegável que exige cuidados essenciais. E é aqui que este estudo faz sentido. O percurso empírico permite compreender quais as competências autônomas de enfermagem que podem assegurar, de forma evidente, esses cuidados.

Partindo desta premissa, a presente investigação tem como variáveis dependentes em estudo, as Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), no contexto de assistência ao doente crítico com VMNI. A questão de investigação formulada tem em consideração a função do enfermeiro especialista, como aquele a quem a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018) reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente com VMNI. Ao enfermeiro compete assegurar a avaliação diagnóstica e monitorização constantes, por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

De modo a atingir esta perceção, foi elaborado, para este efeito específico, um instrumento de recolha de dados, e de acordo com a investigação bibliográfica mais recente, que permitiu aceder ao conhecimento da prática das Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), no contexto do cuidado ao doente crítico com VMNI.

A questão de investigação formulada foi: “Quais as Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), que podem ser consideradas Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ), no cuidado ao doente crítico com VMNI, a partir do nível de consistência de aplicação?”

Por forma a responder a esta questão, foi considerado como objetivo geral do estudo:

Reconhecer as IAE, que pela sua persistente aplicação, podem ser consideradas como ISQ, na assistência ao doente crítico com VMNI.

Objetivos específicos:

1. Conhecer as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, que prestam cuidados na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
2. Identificar as IAE, com carácter de maior consistência/ incidência executória, na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
3. Identificar as IAE, que pela sua consistência de aplicação, se assumem como ISQ aos cuidados de saúde, nesta amostra, na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
4. Relacionar as IAE com as variáveis sociodemográficas e profissionais, nesta amostra, na prática clínica ao doente crítico com VMNI.



1. Enquadramento Teórico

O estudo que aqui se apresenta, tem como variáveis dependentes as IAE, no seu significado e aplicação, de acordo com a eficácia e eficiência que se busca quando se fala em segurança e gestão de saúde. Assim, parte-se do pressuposto, que, uma das formas de refletir concretamente, como é que as ações implícitas nos cuidados de enfermagem são promotoras do tratamento ou recuperação do doente, é através da frequência com que os enfermeiros as praticam, seja em internamento, (Camilo, 2018), seja em domicílio (Guedes et al., 2020).

Defende-se que as equipas de saúde, na aplicação dos cuidados com base na evidência científica, selecionam a energia e a ação, direcionadas justamente aos ganhos em saúde.

A ação do enfermeiro, integrada no exercício multiprofissional, (REPE, 2015: Decreto Lei nº 156), é uma profissão autónoma, que atribui aos enfermeiros a responsabilidade e capacidade de autorregular a sua conduta, promovendo a monitorização e desenvolvimento da prática e a regulamentação do seu exercício profissional, no sentido da excelência de cuidados. Não só por esta razão, mas também, considera-se neste estudo, que as práticas mais frequentemente prescritas e executadas, serão aquelas que na perceção das equipas de saúde, em geral, e das equipas de enfermagem em particular, assumem maior reconhecimento, no respetivo poder terapêutico e curativo.

Admite-se que uma ação é tanto mais repetida quanto mais efeito de eficácia, na qualidade da saúde, se lhe reconhece. Por outras palavras, são essas as ações, que se assumem como essenciais ISQ. Por oposição, as práticas incomuns ou de baixa frequência, não podem assumir a relevância nem a sustentação, como contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

São legalmente reconhecidas ao enfermeiro dois tipos de intervenções (REPE, 2015: Decreto Lei nº 156), as interdependentes e as autónomas. Estas, que aqui assumem o estatuto de variável dependente, além de se caracterizarem por serem da iniciativa total do enfermeiro, são também da sua responsabilidade, desde a prescrição até à implementação da técnica e da intervenção.

Ao nível dos cuidados secundários, especificamente em situações de doente crítico, este sentido de iniciativa e responsabilidade, é particularmente importante. Assim, na implementação de ações ao doente crítico, torna-se primordial a função do enfermeiro. Nesse sentido, o desenho metodológico deste estudo, teve com orientação, numa primeira fase, reconhecer as IAE ao doente crítico, e numa segunda fase, identificar a frequência com que as intervenções são aplicadas.

Só para exemplificar e identificar o contexto operativo deste estudo, relembra-se que os doentes críticos com patologia respiratória, dependem dos conhecimentos e cuidados de enfermagem. Resgatando as palavras de Caironi et al. (2016), apenas os cuidados contínuos ao doente crítico com VMNI, podem detetar prematuramente melhorias ou agravamento da condição clínica. O acompanhamento consiste em diferentes parâmetros, que devem ser integrados na monitorização contínua pelos enfermeiros.

Corroborando este autor, reforça-se a mais valia da responsabilidade autónoma do enfermeiro, já que o doente em situação crítica é definido como a pessoa “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018: 19362), pelo que os enfermeiros têm de atuar de acordo com as suas responsabilidades.

A equipa de enfermagem que presta cuidados ao doente crítico com necessidade de VMNI deve ser treinada e qualificada, de forma a prevenir, detetar e tratar complicações durante o tratamento. É responsabilidade do enfermeiro a vigilância do doente, como tal deve atuar de forma eficaz e eficiente, garantindo o sucesso do procedimento e, conseqüentemente, a evolução positiva do estado clínico do doente. O enfermeiro deve fazer uma abordagem holística do doente, assegurando que este se sinta tranquilo e colabore na técnica e nos cuidados prestados.



Garcia, S., & Augusta, V.-B. (2023).

Intervenções autónomas de enfermagem como indicadores sensíveis de qualidade aos cuidados ao doente com ventilação não invasiva.

Servir, 2(04), e28108. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28108>

23

Em presença de situações de saúde complexas, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, garantindo as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

Já o enfermeiro especialista, em enfermagem médico-cirúrgica, em contexto da pessoa em situação crítica (EMC-PSC), é aquele que “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, sendo responsável por garantir a “administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2018: 19363).

Nas últimas décadas, a VMNI tem sido amplamente utilizada em doentes com insuficiência respiratória aguda, e cada vez mais aceite por ser considerada segura e eficaz, em várias patologias do foro respiratório (European Respiratory Society/ American Thoracic Society, 2017). A VMNI é definida “como ventilação alveolar através de uma máscara sem invasão da traqueostomia ou tubo endotraqueal” (Yesilbalkan & Ozbudak, 2019, p. 884), em doentes que podem respirar espontaneamente (D’Orazio et al., 2018). Esta técnica ventilatória melhora a função pulmonar, através da redução do trabalho respiratório, melhora a compliance pulmonar e o recrutamento de alvéolos atelectasiados, aumentando a área das trocas gasosas, com benefícios na oxigenação e na exalação do ar retido. Por outro lado, aumenta a pressão intratorácica, possibilitando a diminuição do edema pulmonar e diminui a pré-carga, auxiliando a função cardíaca (Pereira et al., 2016).

Tal como no início se focou, existe um número elevado de situações com indicação para a utilização da VMNI, que podem ser classificadas de acordo com a tipologia da insuficiência respiratória. Na insuficiência respiratória aguda com hipercapnia, as principais indicações para VMNI são: DPOC agudizada, deformações torácicas, doenças neurovasculares e insuficiência respiratória pós-extubação. Por outro lado, a VMNI também apresenta bons resultados na insuficiência respiratória hipoxémica como no edema agudo pulmonar, na insuficiência respiratória pós cirurgia, na pneumonia e lesão pulmonar aguda. A VMNI poderá, ainda, ser um recurso a utilizar em situações específicas, como é o caso de doentes em fase terminal, de forma paliativa (Rochweg et al., 2017), imunossupressão (Wang et al., 2017). Relativamente às vantagens, D’Orazio et al. (2018), reconhecem o evitar a entubação endotraqueal e diminuição dos riscos associados, a não utilização de sedação, o permitir a pessoa falar, manter a tosse eficaz e a alimentação oral, ser fácil de instituir e de retirar e poder ser efetuada no domicílio.

O recurso à VMNI, permite assim, reduzir os custos associados ao internamento, a necessidade de entubação endotraqueal em 38%, e a taxa de mortalidade associada em 16% (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2017).

Cerca de 1 bilião da população mundial sofre de doença respiratória crónica, sendo que 4 milhões, acabam por falecer, por ano. As doenças respiratórias apresentam um grande impacto nos resultados das análises em saúde, na sociedade e na economia mundial, quer pela taxa de mortalidade ou morbilidade associada (European Respiratory Society/American Thoracic Society, 2017). Portugal segue a tendência crescente da prevalência de patologias respiratórias, e consequente aumento do número de internamentos, de acordo com o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2017).

Contudo, há que percorrer um longo caminho para que o sucesso da VMNI seja alcançado na totalidade. A eficácia da mesma irá depender dos cuidados prestados, da presença física e do trabalho conjunto de toda equipa (D’Orazio et al., 2018).

De acordo com Ordem do Enfermeiros (2015), os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, visam explicitar a natureza e englobar, os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, e ajudar a precisar o papel do enfermeiro junto dos doentes, levando à satisfação, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

Inerente ao cuidar do doente com VMNI, emergem situações e técnicas complexas, pela crescente evolução do conhecimento técnico-científico, que estimulam a necessidade de formação dos enfermeiros, e que são indispensáveis para uma prática de cuidados adequada. O êxito da técnica, depende da intervenção do enfermeiro na preparação do doente e explicação do procedimento, e na seleção adequada da interface e sua aplicação (Fragoso, 2014).



Camilo (2018) refere, no seu estudo acerca do cuidar do doente submetido a VMNI, que todas as intervenções efetuadas devem constar em registo de enfermagem, tal como os parâmetros avaliados e os parâmetros do ventilador. O plano de cuidados do doente deve ser atualizado, permitindo conhecer a sua evolução clínica, de forma a adequar os cuidados às necessidades reais do doente.

Os conhecimentos dos enfermeiros, devem permitir-lhes prever e detetar precocemente complicações em tempo útil (Camilo, 2018), ou seja, é essencial o estudo e a prática baseada na evidência. Só assim se atualizam os conhecimentos, habilidades e atitudes para atender ao crescimento dos serviços e às necessidades atuais e dinâmicas dos doentes que necessitam de ventilação, ou seja, a prática desta técnica requer dos profissionais requisitos para garantir e manter a máxima segurança do doente (Fragoso, 2014). Em todo o plano de cuidados inerente à implementação da terapia com VMNI ao doente crítico, é insubstituível a presença do enfermeiro, como mencionado por Yesilbalkan & Ozbudak (2019), que, no seu estudo, referem que o enfermeiro deve deter conhecimento acerca da implementação e manutenção da VMNI, e estar envolvido na monitorização e deteção de possíveis complicações, para conseguir intervir ao nível da sua prevenção. Também o estudo de Moretto, F. et al. (2022) reflete que, a VMNI gerida por uma equipa diferenciada e altamente experiente no cuidado ao doente crítico, permite tratar os mesmos, sem grandes complicações.

Assim, o estudo das variáveis dependentes, as IAE, no contexto de assistência ao doente crítico com VMNI, através da frequência com que são executadas pelos enfermeiros, nos seus quotidianos, como resposta assertiva a uma necessidade de cuidados, parte do pressuposto, que os enfermeiros praticam tanto mais uma ação, quanto mais acreditam que ela constitui para o doente um ganho em saúde. Esta relação, permite tornar expectável, que as ações mais frequentemente executadas, são as percecionadas como as mais promotoras de saúde e, portanto, aquelas que podem assumir o estatuto de ISQ aos cuidados em saúde.

Quando são delimitadas intervenções de enfermagem que visam o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, é importante que sejam mensuráveis, por meio de indicadores, para que se perceba o impacto e a evolução que tiveram as ações implementadas (Rocheta, 2018).

Os indicadores de qualidade aos cuidados de saúde permitem medir a qualidade da estrutura, processo e resultado dos cuidados prestados, consequentemente são instrumentos de melhoria dos mesmos (Rocheta, 2018). Os ISQ assumem-se como critérios capazes de avaliar a qualidade da assistência à saúde, e fornecem informações quanto a adequação, efeitos e custos associados a determinadas ações ou intervenções de saúde.

O cuidado centrado no doente e na família incentiva a partilha de conhecimentos e experiências no planeamento e implementação dos cuidados, e contribui para alcançar resultados que beneficiem os doentes e as organizações de saúde (Delaney, 2018).

A melhoria contínua da qualidade resulta da intenção em promover a mudança para obter padrões mais elevados (Regulamento n.º 140/2019 de OE, 2019, p. 4747).

2. Métodos

Para cumprimento dos objetivos do próprio estudo foi desenhado um estudo exploratório, transversal e de análise quantitativa descritiva, a partir dos resultados, colhidos, através da aplicação de um instrumento de recolha de dados especificamente adaptado para este estudo “Intervenções Autónomas de Enfermagem (IAE) ao doente crítico com ventilação mecânica não invasiva” (Garcia, Veiga-Branco, 2022), a uma amostra de enfermeiros que prestam cuidado a doentes em situação crítica com terapia de VMNI.

2.1 Amostra

Amostra de caráter intencional, de 76 enfermeiros, de um universo de 90 nos serviços de urgência e medicina intensiva, numa unidade de saúde da região norte de Portugal. No total da amostra, 63 elementos (82,9%) são do sexo feminino e 13 (17,1%), do sexo masculino. Relativamente à variável idade, é prevalente a faixa etária dos 36 aos 45 anos (51,3%).

Garcia, S., & Augusta, V.-B. (2023).

Intervenções autônomas de enfermagem como indicadores sensíveis de qualidade aos cuidados ao doente com ventilação não invasiva.

Servir, 2(04), e28108. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28108>

2.1.1 Critérios de Inclusão

No processo de amostragem foram considerados critérios de inclusão: apresentar a licenciatura em enfermagem, assumir prestação de cuidados a doentes em situação crítica com VMNI, em Serviço de Urgência (SU) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e a aceitação de preenchimento do instrumento de recolha de dados, via Google docs.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados (IRD), diz respeito a um questionário adaptado, a partir do original criado, e intitulado “Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), ao doente crítico com VMNI” (Garcia, Veiga-Branco, 2022), elaborado a partir da pesquisa bibliográfica, e para este efeito específico, de reconhecer as intervenções autônomas, praticadas pelos enfermeiros, na assistência ao doente crítico com VMNI. O IRD é constituído por duas partes:

A Parte I identifica as variáveis sociodemográficas e profissionais, e é composto por 7 questões que permitem descrever as características da amostra em relação à idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, tempo de experiência profissional e tempo de experiência profissional em SU e SMI.

A Parte II expõe a operacionalização da variável dependente em estudo, apresentando de forma explícita, cada uma das IAE ao doente crítico com VMNI, respeitando o sentido e significado conferido nos documentos originais (REPE, 2015), e de forma a identificar os cuidados com valorização significativa por parte destes. Além disto, esta Parte II, ainda insere em três itens, que se constituem como componentes executórias das IAE ao doente crítico com VMNI, cuja tipologia de resposta, aparece sob a forma de escala de Likert, cronológica, em cinco níveis desde “0=nunca” até “5=sempre”, distribuídos por 3 dimensões. A primeira “Conhecimento sobre VMNI” contém 6 afirmações, a segunda “Adaptação do doente à VMNI” contém 25 questões, e a terceira, “Dificuldades/Constrangimentos na VMNI”, contém 19 questões. Da operacionalização das variáveis, a sua mensuração, indicará que quanto mais frequente for o valor de “sempre”, maior será a prática dos cuidados autônomos de enfermagem ao doente crítico com VMNI.

2.3 Procedimentos

Numa abordagem inicial, o protocolo do estudo, foi apresentado à Comissão de Ética da instituição onde se desenvolveu o estudo, da qual foi recebido o parecer favorável (parecer nº42/2022).

Posteriormente, o IRD foi aplicado via online, através da metodologia de Google Forms, em março de 2022. O anonimato e a confidencialidade foram assegurados.

Análise de variáveis

Para o estudo das variáveis sociodemográficas e profissionais, bem como para a frequência temporal da aplicação das intervenções de enfermagem, recorreu-se à análise descritiva, através dos valores de frequências absolutas (n) e relativas (%), pelo que o estudo é descritivo.

Foi feito o estudo da análise das relações entre as IAE e as variáveis independentes: formação específica, conhecimento das guidelines e o tempo de serviço.

A primeira foi operacionalizada através da identificação das áreas científicas de especialização em enfermagem, a segunda, o conhecimento das guidelines, tornou-se uma variável dicotómica, expressa através de “sim/não”, e a terceira foi operacionalizada, através de três espaços cronológicos (Tabela 4). Assim, para as análises entre as variáveis, recorreu-se à utilização do teste de independência do Qui-quadrado e Teste de Fisher.

Para a realização dos testes foram agregadas três categorias adjacentes, relativamente às cinco categorias de frequência temporal utilizadas no questionário, em: “Nunca/Raramente”, “Às vezes”, “Muitas vezes/Sempre”, de forma a permitir a correta interpretação dos resultados. O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, para resultados inferiores, conclui-se que as variáveis são dependentes e estão relacionadas do ponto de vista estatístico.



Por esta componente, o estudo é também de natureza analítica.

O tratamento estatístico, foi realizado através do programa IBM Statistical Package Social Science (SPSS) 26.

3. Resultados

No que respeita ao primeiro objetivo, apresenta-se a caracterização da amostra do ponto de vista sociodemográfico e profissional, através das variáveis operacionalizadas (Tabela 1). Verifica-se que a amostra é maioritariamente constituída por profissionais do sexo feminino (n=63; 82,9%), com apenas 13 profissionais do sexo masculino (17,1%). No que concerne à variável Idade, observa-se que a maioria amostral se encontra no intervalo entre 36 a 45 anos de idade (n=39; 51,3%); seguida dos profissionais com 46 ou mais anos (n=21; 27,6%), e ainda 16 profissionais de enfermagem com idade até 35 anos (21,1%). Esta distribuição é indicadora de uma amostra maioritariamente feminina, e relativamente jovem.

A variável habilitações literárias, apresenta o seguinte: 34 enfermeiros com licenciatura (44,7%), 21 apresentam a formação de especialidade em enfermagem (27,6%), 18 enfermeiros com grau de mestrado (23,7%) e 3 com pós-graduação (3,9%).

A formação específica dos enfermeiros, que foi operacionalizada, de acordo com o reconhecimento da OE, permite encontrar 35 enfermeiros, que integram os 21 com especialidade, e 18 com mestrado, encontrados na variável anterior. Na formação específica, destes 35, há 20 enfermeiros com formação na área da enfermagem médico-cirúrgica (57,1%), 10 com formação na área da enfermagem de reabilitação, 4 com formação na área da enfermagem comunitária (11,4%) e apenas um com formação na área da saúde materna e obstetrícia (2,9%) (Tabela 1).

No que concerne há variável tempo de experiência profissional, verifica-se que 35 enfermeiros apresentam 11 a 19 anos de exercício profissional (46,1%), 24 exercem funções há 20 ou mais anos (31,6%) e 17 desempenham até 10 anos (22,4%) de atividade profissional.

A variável tempo de experiência profissional em SU/SMI, permite observar que 31 (40,8%) respondentes, trabalham no SU/SMI há menos de 5 anos, 28 têm experiência no SU/SMI superior a 10 anos (36,8%) e 17 (22,4%) entre 6 a 10 anos de exercício profissional em SU/SMI.

Tabela 1 – Distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis socioprofissionais

Variáveis sociodemográficas e profissionais	n	%
Sexo (n=76)		
Feminino	63	82,9
Masculino	13	17,1
Faixa etária (n=76)		
Até 35 anos	16	21,1
36 a 45 anos	39	51,3
Mais de 50 anos	21	27,6
Habilitações literárias (n=76)		
Licenciatura	34	44,7
Pós-Gaduação	3	3,9
Especialidade	21	27,6
Mestrado	18	23,7
Área de Especialidade em Enfermagem (n=35)		
Enfermagem médico-cirúrgica	20	57,1
Enfermagem de reabilitação	10	28,4
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	1	2,9
Enfermagem de saúde comunitária	4	11,4

Variáveis sociodemográficas e profissionais	n	%
Tempo de experiência profissional (n=76)		
Até 10 anos	17	22,4
11 a 19 anos	35	46,1
20 ou mais anos	24	31,6
Tempo de experiência profissional em SU/SMI (n=76)		
Até 5 anos	31	40,8
6 a 10 anos	17	22,4
Mais de 10 anos	28	36,8

No sentido de dar resposta ao segundo objetivo, apresentam-se os resultados relativos às variáveis usadas para o efeito, ou seja, as Intervenções Autónomas de Enfermagem (IAE), na implementação e manutenção da terapia de VMNI ao doente crítico (Tabela 2).

Em contexto de terapia com VMNI, e tendo como operacionalização conceptual desta variável, a consistência executória, verificou-se que os cuidados executados com maior frequência, ou seja, “Sempre”, foram: o registo em notas de enfermagem do estado de consciência, em 73,7% (Tabela 2), o registo dos parâmetros hemodinâmicos, com 71,1%, a utilização de filtro antibacteriano e humificação (65,8%), a pertinência da aferição do tamanho da interface (60,5%), o posicionamento do doente com cabeceira >30º (59,2%), a seleção da interface de forma a adequar-se ao doente (57,9%), a indicação de levantar para o cadeirão (53,9%) e a pertinência da aplicação de vaselina nos lábios e da humificação da cavidade oral, em 40,8% (Tabela 2). Numa segunda perspetiva, na análise da consistência executória, estão as intervenções de enfermagem identificadas como “executadas muitas vezes”, pela amostra, e nesta tipologia, encontra-se o posicionamento do doente de acordo com a sua tolerância e preferência, em 54,2%, são prestados os cuidados orais (48,7%), são prestados os cuidados nasais (39,5%), as próteses dentárias permitem uma melhor adaptação à interface, com 39,5%, e no início da VMNI o doente deve ficar em pausa alimentar (38,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos valores percentuais relativos às “Intervenções Autónomas de Enfermagem (IAE) ao doente crítico com VMNI”

	N	R	ÀsV	MV	S
“as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência”			1,3%	25,0%	73,7%
“as notas de enfermagem apresentam registo de parâmetros hemodinâmicos”			2,6%	26,3%	71,1%
“a utilização de filtro antibacteriano e humificação é importante”		1,3%	6,6%	26,3%	65,8%
“a aferição do tamanho da interface é pertinente”			5,3%	34,2%	60,5%
“o doente é posicionado no leito com a cabeceira >30º”			1,3%	39,5%	59,2%
“a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”			3,9%	38,2%	57,9%
“é indicado o levantar para o cadeirão”		3%	9,2%	33,9%	53,9%
“a aplicação de vaselina nos lábios e a humificação da cavidade oral (...)”	3,9%	3,9%	18,4%	32,9%	40,8%
“o posicionamento do doente depende da sua tolerância e preferência”	2,6%	3,9%	34,2%	54,2%	6,6%
“são prestados cuidados orais”		2,6%	19,7%	48,7%	28,9%
“são prestados cuidados nasais”	1,3%	6,6%	38,2%	39,5%	14,5%
“(...) próteses dentárias permite uma melhor adaptação à interface”	5,3%	5,3%	25,0%	39,5%	25,0%
“no início da VMNI o doente deve ficar em pausa alimentar”	1,3%	10,5%	26,3%	38,2%	23,7%
“o tipo de interfaces (...) parte das falhas associadas à VMNI”		14,5%	38,2%	36,8%	10,5%
“são prestados os cuidados oculares”	1,3%	13,2%	38,2%	35,5%	11,8%
“antes (...) é colocado apósito hidrocolóide ou poliuretano na pirâmide nasal”	11,8%	25,0%	50,0%	11,8%	1,3%
“as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele”	6,6%	22,4%	36,8%	27,6%	6,6%
“deve ser sempre colocada SNG para evitar distensão abdominal”	11,8%	28,9%	36,8%	15,8%	6,6%
“a aplicação de lágrimas artificiais é secundária”	15,8%	28,9%	35,5%	15,8%	3,9%

Legenda: N – Nunca, R – Raramente, ÀsV – Às vezes, MV- Muitas Vezes, S- Sempre



Por forma a concretizar o terceiro objetivo, e obter as relações estatísticas entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as IAE estudadas, recorreu-se ao teste de Qui-quadrado.

Da análise, obteve-se relação estatística significativa entre a variável “Formação específica” e os cuidados: “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente” (0,071) e “são prestados os cuidados oculares” (0,072) (Tabela 3). A intervenção autónoma de enfermagem que apresenta uma relação estatística mais relevante com a variável “Formação específica” foi “as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele” (0,042). O “Conhecimento das guidelines” não revelou relação estatística significativa com nenhum dos cuidados inquiridos à amostra em estudo. A variável “Tempo de serviço em SU/SMI” estabelece relação estatística significativa com “a manutenção de próteses dentárias permite uma melhor adaptação à interface” (0,038).

Tabela 3 – Resultados da relação estatística entre a variável dependente “Intervenções Autónomas de Enfermagem (IAE)” e as variáveis independentes “Formação específica”, “Conhecimento das guidelines” e “Tempo de serviço SU/SMI”

Intervenções autónomas	Formação específica	Conh.to de guidelines	Tempo SU/SMI
“as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele”	0,042*	0,322	0,814
“a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”	0,071**	0,999	0,326
“são prestados os cuidados oculares”	0,072**	0,513	0,629
“são prestados cuidados nasais”	0,231	0,847	0,651
“são prestados cuidados orais”	0,287	0,125	0,729
“o doente é posicionado no leito com a cabeceira >30”	0,421	0,999	0,592
“as notas de enfermagem apresentam registo de parâmetros hemodinâmicos”	0,506	0,440	0,344
“as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência”	0,999	0,250	0,999
“o tipo de interfaces (...) parte das falhas associadas à VMNI”	0,413	0,713	0,842
“a aferição do tamanho do interface é pertinente”	0,634	0,259	0,535
“antes (...) é colocado apósito hidrocolóide ou poliuretano na pirâmide nasal”	0,765	0,120	0,671
“a aplicação de vaselina nos lábios e a humedificação da cavidade oral (...)”	0,128	0,907	0,689
“a aplicação de lágrimas artificiais é secundária”	0,388	0,512	0,892
“(…) próteses dentárias permite uma melhor adaptação ao interface”	0,293	0,847	0,038*
“no início da VMNI o doente deve ficar em pausa alimentar”	0,550	0,999	0,706
“deve ser sempre colocada SNG para evitar distensão abdominal”	0,835	0,436	0,823
“o posicionamento do doente depende da sua tolerância e preferência”	0,457	0,826	0,992
“é indicado o levante para o cadeirão”	0,369	0,859	0,426
“a utilização de filtro antibacteriano e humedificação é importante”	0,795	0,999	0,310

Legenda: * - significativo a 5%; ** - significativo a 10%.

Da análise da relação estatística (Tabela 4), verificou-se que os enfermeiros com tempo de exercício profissional no SU/SMI superior a 10 anos executam a intervenção “manutenção de próteses dentárias permite uma melhor adaptação à interface” muitas vezes/sempre, pelo que tornam esta atividade uma competência autónoma de consistência executória, ao nível de ISQ.

Para os enfermeiros sem formação específica, as intervenções assumidas como ISQ, foram “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”, “são prestados cuidados oculares” e “as notas de enfermagem apresentam registo de vigilância da pele”, com um nível de consistência executória ao nível de muitas vezes/sempre. Considera-se que se a amostra tivesse um tamanho maior, poderia haver a possibilidade de se obterem valores de significância estatística mais evidentes.

Tabela 4 – Resultados da relação das variáveis “Intervenções Autónomas de Enfermagem (IAE)” com as variáveis profissionais “tempo de serviço” e “formação específica”

Intervenções autónomas	Tempo de serviço		
	Até 5 anos	6 a 10 anos	Mais de 10 anos
“a manutenção de próteses dentárias permite uma melhor adaptação ao interface”	Resultado obtido/resultados esperado		
Nunca/Raramente	6 - 3,3	2 - 1,8	0 - 2,9
Às vezes	10 - 7,8	2 - 4,39	7 - 7,0
Muitas vezes/Sempre	15 - 20,0	13 - 11,0	21 - 18,1
Intervenções autónomas	Formação específica		
	Sim	Não	
“a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”	Resultado obtido/resultados esperado		
Às vezes	3 - 1,3	0 - 1,7	
Muitas vezes/Sempre	29 - 30,7	44 - 42,3	
são prestados os cuidados oculares”	Resultado obtido/resultados esperado		
Nunca/Raramente	8 - 4,6	3 - 6,4	
Às vezes	12 - 2,2	17 - 16,8	
Muitas vezes/Sempre	12 - 15,2	24 - 20,8	
“as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele”	Resultado obtido/resultados esperado		
Às vezes	0 - 0,8	2 - 1,2	
Muitas vezes/Sempre	32 - 31,2	42 - 42,8	

O quarto objetivo foi orientado para responder ao domínio da melhoria contínua da qualidade, uma das competências comuns do enfermeiro especialista.

O contexto patológico do doente crítico com VMNI, exige cuidados de enfermagem exatos e seguros, eficientes e eficazes, através da promoção de boas práticas com base em conhecimento científico e experiência profissional. Todos os cuidados descritos são sustentados em referenciais de práticas recomendadas, tendo sido considerados pela amostra como praticados “Sempre” e “Muitas vezes” na maioria dos cuidados descritos. Esta maioria, revelada através da Tabela 2, são considerados – pela consistência executória com que são praticados – ISQ.

Por forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, é imperiosa a aquisição de conhecimentos, competências e atitudes, por parte dos enfermeiros. A aquisição de competências que visem o cuidado eficaz e com qualidade, requerem conhecimentos teóricos, experiência, olhar clínico, capacidade de gestão e liderança. O desenvolvimento profissional é um processo gradual, dependente de referenciais profissionais, experiências e de investimento pessoal, pois o crescimento não é estanque nem linear.

4. Discussão

O presente estudo, refere-se à análise descritiva das ações cuidativas de enfermagem e quais as que se assumem como indicadores sensíveis, a partir da sua consistência de execução.

Inicia-se expondo as variáveis relativas a uma amostra de 76 enfermeiros, algo superior a estudos semelhantes, como o de Fragoso (2014), cuja amostra foi de 15 enfermeiros, e a investigação de Camilo (2018), com uma população amostral de 10 enfermeiros. A amostra em estudo foi predominantemente do sexo feminino (82,9%, n=63), como é espetável, considerando o universo da classe profissional (80% mulheres e 20% homens), de acordo com o Anuário Estatístico da OE (2021). A idade dos enfermeiros da amostra, que varia entre os 25 e os 62 anos e com a média de 40,96 anos (desvio padrão=7,61 anos), é relativamente superior a estudos anteriores (Fragoso, 2014; Camilo, 2018), que se situava entre os 30 e os 40 anos.



Relativamente ao objeto e metodologia selecionada para o desenvolvimento do estudo, considera-se que não foi encontrado um contexto de investigação exatamente igual, para poder servir de comparação e discussão, mas foi aqui resgatado um conjunto válido de ações cuidativas, assumidas como essenciais em estudos recentes, que serviram após análise e reflexão, para o que aqui se pretende, que é identificar as IAE, que possam ser assumidas como indicadores de qualidade aos cuidados do doente com VMNI.

Assim, e partindo do pressuposto da operacionalização da variável dependente – a sistematização ou repetição das ações – foi conseguida a identificação de oito IAE, com estatuto de ISQ, a partir do nível da consistência/ incidência executória, na prática clínica ao doente crítico com VMNI. E estas foram:

- “as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência” (73,7%), como a ação com maior nível de consistência de execução, e que vem corroborar os resultados de Fragoso (2014), que defende e privilegia a avaliação prévia do estado de consciência do doente. Este deve estar minimamente vígil e colaborante, de forma a facilitar a adaptação e a tolerância à VMNI. Também no estudo de Camilo (2018), salienta a ação do enfermeiro, que inicialmente, deve fazer uma avaliação do estado geral do doente, do estado de consciência, dos reflexos da via aérea e do estado da pele, de modo a perceber a capacidade deste para colaborar com o procedimento;

- “as notas de enfermagem apresentam registo dos parâmetros hemodinâmicos” (71,1%), intervenção com elevado nível de consistência/ frequência de execução, e que vai de encontro ao documentado no estudo de Camilo (2018, pág. 28), “para que se possam vigiar algumas das alterações hemodinâmicas, causadas tanto pela IRA como pela VMNI, o doente deve estar sob monitorização cardíaca, e devem ser avaliados com frequência parâmetros tais como a Tensão Arterial (TA), Frequência Respiratória (FR), a dor, a saturação periférica de O₂ (que deve manter-se entre 88-92%) e o padrão respiratório”. Estes valores permitem avaliar parâmetros fulcrais como, o esforço do doente e a eficácia da terapia. Também Fragoso (2014), no seu estudo, assume que a monitorização do doente permite a vigilância dos sinais vitais, facilitando a deteção de alterações relacionadas com a situação do doente no decorrer da VMNI;

- “a utilização de filtro antibacteriano e humidificação é importante” (65,8%), exemplifica a aplicação da recomendação científica, que aconselha o uso de um filtro antiviral e antibacteriano (filtro HEPA) e de um filtro HME. O filtro HEPA tem um papel importante para evitar a disseminação de bactérias e vírus através do ar e, conseqüentemente, de infeções. O filtro HME previne que o fluxo unidirecional seque as vias respiratórias superiores, diminui a resistência das vias respiratórias nasais e contribui para o aumento do conforto e tolerância à VMNI (Hess, 2013). Os resultados da presente investigação comprovam o cumprimento da recomendação nº 2/2021 da OE, que refere que na montagem de circuitos de VMNI, se deve utilizar um filtro HME, junto à saída expiratória e um filtro HEPA, na saída expiratória do ar para a atmosfera, de forma a uniformizar os procedimentos, melhorar as boas práticas e promover a segurança dos doentes;

- “a aferição do tamanho da interface é pertinente” (60,5%), quarta intervenção com maior nível de consistência executória, refere-se à escolha da máscara, assumida como intervenção praticada pelos enfermeiros, e que se assume com caráter determinante na eficácia do tratamento, e no conforto possível para o doente, uma vez que é a interface que permite a entrada do ar pressurizado, eficazmente, nas vias aéreas superiores. O nível de consistência/ frequência da ação, alcançada e verificada na presente investigação, corrobora a investigação de Fragoso (2014), que assume que a seleção da interface mais adequada ao doente, potencia a maximização dos resultados e influencia “a tolerância do doente à VMNI”. Também no estudo de Camilo (2018), se encontra, a alusão a que as interfaces mais utilizadas, são a máscara facial total ou a máscara oronasal, e que a escolha da mesma, deve ter em conta o tipo de insuficiência respiratória, o tipo de ventilador (circuito único ou circuito duplo, software de compensação de fugas), a morfologia da face e crânio do doente, o grau de colaboração do mesmo, bem como o seu tipo de pele e possíveis alergias ao material utilizado (Camilo, 2018).

- A intervenção “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente” (57,9%) corrobora as investigações anteriores, e de certo modo fundamentam os presentes resultados;

- A ação “o doente é posicionado no leito com cabeceira >30º” (59,2%), assumidamente indicador sensível de qualidade, pela frequência de ser “Sempre” praticada, que vai de encontro às recomendações do estudo de Fragoso (2014), que refere que o doente deve ser posicionado a 45º, coadjuvando uma melhor expansão pulmonar e precavendo a distensão gástrica. Além deste autor, na sua investigação, Camilo (2018) menciona ainda que o doente deve ser colocado numa posição confortável, que lhe permita uma melhor expansão da caixa torácica e evite a obstrução da via aérea;
- O cuidado de enfermagem “é indicado o levante para o cadeirão” (53,9%), com um nível de consistência executória moderado, corrobora e é fundamentado pelas recomendações, que assumem que se o doente se mantém estável, e adaptado à terapia com VMNI, deve ser permitido o levante para o cadeirão. Ou em alternativa, sempre que o doente tolere, deve ser incentivado a sentar-se na cama (Camilo, 2018);
- O cuidado “a aplicação de vaselina nos lábios e a humedificação da cavidade oral deve fazer parte do plano de cuidados” (40,8%) é a oitava intervenção mais executada, e assume algum poder de indicador sensível, e vem comprovar as guidelines (ACI, 2014, as cited in Camilo, 2018), que referem que a higiene corporal deve ser diária e cuidada, e a pele hidratada, sempre que o estado do doente permita. Este cuidado é particularmente essencial ao bem-estar subjetivo do doente, mas não só: são as intervenções de caráter autónomo, que por serem da responsabilidade dos enfermeiros que permitem, a visibilidade da componente atencional e emocional que a enfermagem obtém, seja aos olhos do doente, seja aos olhos dos familiares que o acompanham. E é por isso que este trabalho autónomo, é de relevante pertinência para a profissionalidade e para o tecido humano da enfermagem.

Além de tudo o mais, esta ação vem corroborar as indicações clássicas e progressivamente apresentadas para os cuidados de conforto e de sensação de respeito, já que as normas cuidativas, assumem de que a higiene oral deve ser essencial, realizada com a frequência necessária, e com pasta dos dentes ou com clorhexidina a 0,2%, e os lábios devem ser mantidos hidratados com vaselina, já que as altas pressões exercidas pelo ventilador secam as mucosas, pelo que deve promover-se de forma sensível e ativa, este tipo de conforto ao doente. Para hidratação da mucosa oral podem utilizar-se cubos de gelo ou água, e na hidratação da mucosa conjuntival colírios ou soro fisiológico (ACI, 2014 as cited in Camilo, 2018). A aplicação de penso hidrocolóide facilita a adaptação do doente à interface, limita as fugas e previne lesões cutâneas. Também as próteses dentárias podem ser colocadas, se o estado de consciência do doente for compatível com a proteção da via aérea, de modo a diminuir fugas e aumentar a estabilidade da interface (Fragoso, 2014).

Também foi feito o estudo da relação entre a variável dependente e as variáveis independentes, e pese embora não haja resultados disponíveis de outros estudos, exatamente nesta matéria, e com estas variáveis, importa pontuar, que foram obtidos valores estatísticos significativos em quatro intervenções, que se afiguram pertinentes para compreender o sentido e significado de como pode, cada um destes cuidados, ser refletido na praxis de enfermagem, e na atribuição de pertinência e sentido no que se refere aos profissionais de enfermagem.

Por exemplo, a “Formação específica” estabelece relação estatística com “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente” ($p=0,071$); com “são prestados os cuidados oculares”, ($p=0,072$); e ainda com “as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele” ($p=0,042$); e a atitude de enfermagem “a manutenção de próteses dentárias permite uma melhor adaptação à interface”, estabelece relação com o “Tempo de serviço em SU/SMI” ($p=0,038$).

A existência de relações estatísticas significativas entre as variáveis, permitiu assumir, que estas intervenções identificadas pelos enfermeiros, como práticas de consistência executória relevante, no cuidado ao doente crítico com VMNI, poderão constituir-se como ISQ aos cuidados de saúde. Considera-se uma limitação neste estudo a reduzida disponibilidade de resultados nesta matéria de ISQ aos cuidados de enfermagem. Todavia, considera-se que estes procedimentos, conforme se vieram a expor, podem ser assumidos com estatuto de utilidade prática e, portanto, utilizados na monitorização da qualidade de cuidados prestados ao doente com VMNI.



Conclusão

Por forma a responder à questão de investigação, foram reconhecidas as IAE, que podem ser consideradas ISQ, na assistência ao doente crítico com VMNI, a partir dos resultados obtidos e conforme a seguir se expõe.

As IAE, no contexto deste estudo, identificadas com carácter de maior incidência executória, foram “as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência do doente”; “as notas de enfermagem apresentam registo de parâmetros hemodinâmicos”; “a utilização de filtro antibacteriano e humidificação é importante”; “a aferição do tamanho da interface é pertinente”; “o doente é posicionado no leito com cabeceira >30º”; “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”; “é indicado o levante para o cadeirão” e “a aplicação de vaselina nos lábios e a humidificação da cavidade oral deve fazer parte do plano de cuidados”. A elevada frequência destas ações traduz uma prática consistente de cuidados ao doente crítico com VMNI, percebida pelos enfermeiros, e que constitui um forte contributo para o aumento da qualidade dos mesmos, e o conseqüente ganho em saúde para o doente.

As oito IAE, na prática clínica ao doente crítico com VMNI, que assumem relevância na ação dos enfermeiros, pela sua consistente aplicação, configuram-se neste estudo como ISQ aos cuidados de saúde.

E destas há uma, “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”, que apresenta relação estatisticamente significativa com a variável “Formação específica”, indicando que quanto mais formação tiver o enfermeiro, nomeadamente na área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica e/ou Enfermagem de Reabilitação, mais pertinência atribui a esta competência autónoma.

Contudo, foram ainda identificadas intervenções menos prevalentes na prática da amostra, o que não permite considerar as mesmas como potenciais ISQ aos cuidados de saúde.

O estudo das relações entre as IAE, e as variáveis sociodemográficas e profissionais, permitiu ainda verificar relação estatística significativa a 10% entre as ações: “as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele” “são prestados os cuidados oculares” e a variável “Formação específica”; e relação estatística significativa a 5% entre a ação “a manutenção de próteses dentárias permite uma melhor adaptação à interface” e a variável “Tempo de serviço”. Interessa salientar, que no contexto do doente crítico com VMNI, as IAE devem ser ajustadas às necessidades reais do doente, serem seguras e precisas, de forma a garantir cuidados de qualidade, expetativa dos doentes e famílias.

A reflexão final sobre a investigação, realça que a prática de cuidados pelos enfermeiros, fundamentada na teoria, permite compreender melhor os fenómenos existentes, e conseqüentemente, estar mais preparados para prestar cuidados, de acordo com a complexidade das situações, e por forma a assegurar a qualidade e segurança na assistência ao doente crítico com VMNI.

O estudo teve presente a preocupação em desenvolver um trabalho metodológico rigoroso, ainda assim, assume-se que a aplicação exclusiva às equipas de enfermagem do SU e SMI, bem como o baixo número amostral, se apresentam como limitações à investigação. Sugere-se a sua replicação numa maior população de enfermeiros, para aceder a uma amostra mais abrangente e significativa, de forma a identificar as IAE que os enfermeiros, que prestam cuidados ao doente em situação crítica com VMNI, assumem como prática executória mais elevada. Estes dados irão permitir aceder a maior número de ISQ aos cuidados de saúde, em relação à prática de enfermagem na assistência ao doente crítico com VMNI, e ampliar a sua divulgação.

A reflexão acerca do tema tem por objetivo a divulgação de resultados refletidos, para a promoção de boas práticas, que facilitem a integração de novos enfermeiros, e assegurem cuidados de enfermagem ao doente com VMNI, promotores do sucesso da terapia.

Garcia, S., & Augusta, V.-B. (2023).

Intervenções autónomas de enfermagem como indicadores sensíveis de qualidade aos cuidados ao doente com ventilação não invasiva.

Servir, 2(04), e28108. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28108>

O estudo remete ainda para a pertinência da elaboração de um protocolo de atuação, na terapia com VMNI. Os resultados obtidos, fundamentam a necessidade de dar relevância às IAE, na assistência ao doente crítico, com a finalidade de identificar ISQ, que possam credibilizar as ações de enfermagem, para a melhoria da saúde.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Agradece-se aos enfermeiros, pela dedicação aos doentes na sua singularidade.

Agradece-se ao Instituto Politécnico de Bragança- Escola Superior de Saúde, pelo contributo ao longo desta aquisição de competências.

Referências bibliográficas

- Assembleia de República. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro de 2015. Segunda alteração ao Estatuto de Ordem dos Enfermeiros. Diário da República I série, n.º 181. lei_156_2015_segundaalteracaoestatutooe_set2015-1.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Cabrini L., Brusasco C., Roasio A., Corradi F., Nardelli P., Filippini M., Cotticelli, V., Belletti, A., Ferrera, L., Antonucci, E., Redaelli, M., Lattuada, M., Colombo, S., Olper, L., Ponzetta, G., Ananiadou, S., Monti, G., Severi, L., Maj, G., Giardina, G., Biondi-Zoccai, G., Benedetto, U., Gemma, M., Cavallero, S., Hajjar, L., Zangrillo, A., Bellomo, R., Landoni, G. (2019). Non-invasive ventilation for early general ward respiratory failure (NAVIGATE): A multicenter randomized controlled study. Protocol and statistical analysis plan. *Contemporary Clinical Trials*. volume 78: 126- 132. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.02.001>
- Caironi, G., Gadda, G., Rossi, R., Bellone, A. (2016). Monitoring Patients During Noninvasive Ventilation: The Clinical Point of View. In: Esquinas, A. (eds) *Noninvasive Mechanical Ventilation*. Springer, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-21653-917>
- Camilo, Helena I. P. L. (2018). Cuidar do doente crítico submetido a ventilação não invasiva no Serviço de Urgência [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de especialização da pessoa em situação crítica, Universidade de Évora]. <http://hdl.handle.net/10174/23273>
- Delaney, L. J. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 25(1): 119–123. <https://doi:10.1016/j.colegn.2017.02.005>
- D’Orazio, A., Dragonetti, A., Campagnola, G., Garza, C., Bert, F., & Frigerio, S. (2018). Patient Compliance to Non-Invasive Ventilation in Sub-Intensive Care Unit: An Observational Study. *Critical Care Nursing Journal*, 11(1): 1-11. <http://doi:10.5812/ccn.65300>
- Ergan, B., Nasiłowski, J. & Winck, J. C. (2018). How should we monitor patients with acute respiratory failure treated with noninvasive ventilation?. *European Respiratory Review*, 27: 1-17. <https://doi.org/10.1183/16000617.0101-2017>
- Fragoso, Sílvia M. C. C. (2014). Perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com ventilação não invasiva num serviço de internamento. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de especialização da pessoa em situação crítica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=hAMpI7KA>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República, 2.ª série, nº187 0009600103.pdf (dre.pt)
- Guedes, V., Figueiredo, M. H., Novais, R., Cotrim, H. (2020). Perspetiva da família sobre as implicações do uso de ventilação mecânica não-invasiva em casa. *Suplemento digital Revista ROL Enfermagem*, 43(1): 140-145
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio de 2015. A Estratégia Nacional para a Qualidade e na Saúde 2015-2020. Diário da República. 2.ª série, n.º 102. <https://dre.pt/application/file/67318639>
- Moretto, F., Fracazzini, M., Verdina, F., Ferrante, D., Baino, S., Grossi, F., Castello, L., Cammarota, G., Balbo, P., Sainaghi, P., Campanini, M., PIRISI, M., Patti, G., Molin, A., Corte, F., Navalesi, P. & Vaschetto, R. (2022). One-Year Follow up of Noninvasive Respiratory Support in General Wards. *Respiratory Care*, 67(9): 1138-1146. <https://Doi:10.4187/respcare.09625>



- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2017). Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (fundacaoportuguesadopulmao.org)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário de República: II série, n.º123: 17240. Regulamento_361_2015_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (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. Diário de República: II série, n.º135. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista. Diário da República: II série, nº 26: 4744 – 4750 <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Estatística de Enfermeiros. 2021_AnuárioEstatisticos_00_Nacional.xlsx (live.com)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Localização de filtros e humidificadores na VMI e na VMNI.
- Microsoft Word- Localização de Filtros e Humidificadores na VMI e na VMNI_Actualiz.docx (ordemenfermeiros.pt)
- Pereira, J.; Sequeira, R.; Marques, M.; Oliveira, N. & Realista, S. (2016). Ventilação não-invasiva: opção terapêutica nos cuidados ao doente com dispneia em contexto pré-hospitalar. Nursing Magazine Digital: 1-14. <http://www.nursing.pt/ventilacao-nao-invasiva-opcao-terapeutica-nos-cuidados-ao-doente-com-dispneia-em-contexto-pre-hospitalar/>
- Rocheta, J. (2018). Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos [Dissertação de Mestrado de Gestão em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa] RUN- Dissertação de Mestrado- Joana Rocheta.pdf (unl.pt)
- Rochweg, B., Brochard, L., Elliott, M. W., Hess, D., Rochweg, B., Brochard, L., Elliott, M. W., Hess, D., Hill, N. S., Nava, S. & Navalesi, P. (2017). OfficialERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. European Respiratory Journal, 50 (2): 1-20. <https://doi.org/10.1183/13993003.02426-2016>
- Sanchez D., Smith G., Piper A. & Rolls K. (2014). Non–invasive Ventilation Guidelines for Adult patients with Acute Respiratory Failure: a clinical practice guideline. Agency for Clinical Innovation NSW government Version 1, Chatswood NSW. aci14_man_niv_1-2.pdf (nsw.gov.au)
- Wang T, Liu G, He K, Lu X, Liang X, Wang M, Zhu R, Li Z, Chen F, Ke J, Lin Q, Qian C, Li B, Wei J, Lv J, Li L, Gao Y, Wu G, Yu X, Wei W, Deng Y, Wang F, Zhang H, Zheng Y, Zhan H, Liao J, Tian Y, Yao D, Zhang J, Chen X, Yang L, Wu J, Chai Y, Shou S, Yu M, Xiang X, Zhang D, Chen F, Xie X, Li Y, Wang B, Zhang W, Miao Y, Eddleston M, He J, Ma Y, Xu S, Li Y, Zhu H & Yu X. (2017). The efficacy of initial ventilation strategy for adult immunocompromised patients with severe acute hypoxemic respiratory failure: study protocol for a multicentre randomized controlled trial (VENIM). BMC Pulmonary Medicine. 17(1): 127. <https://doi:10.1186/s12890-017-0467-6>
- Yesilbalkan, O., & Ozbudak, G. (2019). Noninvasive Mechanical Ventilation Related Some Complications: Patients Treating Intensive Care Unit. International Journal of Caring Sciences, 12(2): 884-891. http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/30_yesilbalkan_original_12_2.pdf

INTERCORRÊNCIAS NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

INTERCURRENCES IN THE INTER-HOSPITAL TRANSPORT OF THE PERSON IN CRITICAL SITUATION

INTERCURRENCIAS EN EL TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO DE LA PERSONA EN SITUACIÓN CRÍTICA

Bruno Borges¹
Teresa Correia²
Matilde Martins³

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal (rcb.bruno@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0002-9219-5508>

²Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal (teresaicorreia@ipb.pt) | <https://orcid.org/0000-0001-9975-7908>

³Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UICISA), Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal (matildemartins@ipb.pt) | <https://orcid.org/0000-0003-2656-5897>

Corresponding Author

Bruno Ricardo Cardoso Borges
Rua Engenheiro Oliveira Dias, nº5, 4º esquerdo
5300-859 Bragança, Portugal
rcb.bruno@gmail.com

RECEIVED: 28st October, 2022

ACCEPTED: 6th January, 2023

PUBLISHED: 6th March, 2023

Servir, 2(04), e28388

DOI:10.48492/servir0204.28388

2023



RESUMO

Introdução: O transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica é um procedimento frequente e representa um risco adicional para o doente.

Objetivo: Analisar as intercorrências no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Métodos: Estudo transversal descritivo retrospectivo. Estudaram-se 48 doentes do Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal, sujeitos a transporte inter-hospitalar, por via terrestre, entre julho de 2020 a março de 2021. A recolha de dados foi feita através da folha de registos de transporte inter-hospitalar do serviço e fornecidos, anonimizados, pelo diretor de serviço, após parecer favorável da comissão de ética.

Resultados: Amostra maioritariamente do sexo masculino (60,4%), média de idades de 66,75±20,26 anos e a média do tempo de transporte foi de 64,11±08,18 minutos. A especialidade de origem mais frequente foi a neurologia (60,4%). Registaram-se 79,2% de casos com intercorrências, sendo que destas 80,9% foram clínicas e a mais frequente foi a tensão arterial ≥ 140 mmHg (47,9%). Das intercorrências não clínicas (19,1%), a mais frequente foi a exteriorização do cateter venoso periférico (16,7%).

Conclusão: Verificou-se maior frequência de intercorrências clínicas no sexo masculino, com maior percentagem no grupo etário entre os 75-84 anos. As não clínicas foram mais frequentes no grupo etário com idade ≥ 85 anos. Sugerimos uma monitorização, dos parâmetros vitais mais frequente ou mesmo invasiva para controlo e tratamento atempado de picos hipertensivos e uma maior vigilância relativamente à fixação dos CVP.

Palavras-chaves: complicações; cuidados críticos; transporte de pacientes

ABSTRACT

Introduction: The inter-hospital transport of the person in critical condition is a frequent procedure and represents an additional risk for the patient.

Objective: Describe the intercurrents in the inter-hospital transport of the person in critical situation.

Methods: Retrospective descriptive cross-sectional study. The study included 48 patients from the General Emergency Service of a Hospital Center in the northern region of Portugal, subject to inter-hospital transport, by land, between July 2020 and March 2021. Data collection was performed using the inter-hospital transport record sheet and provided, anonymously, by the service director, after appearing in favor of the ethics committee.

Results: The sample is mostly composed of male (60.4%), with a mean age of 66.75±20.26 years and an average transport time of 64.11±08.18 minutes. The most frequent specialty of origin was neurology (60.4%). There were 79.2% of intercurrents. 80.9% were clinical and the most frequent was blood pressure ≥ 140 mmHg (47.9%). Of the non-clinical intercurrents (19.1%), the most frequent was the externalization of the peripheral venous catheter (16.7%).

Conclusion: There was a higher frequency of clinical intercurrents, in males, with a higher percentage in the age group between 75-84 years. Non-clinical ones were more frequent in the age group aged ≥ 85 years. We suggest more frequent or even invasive monitoring of vital parameters for timely control and treatment of hypertensive peaks and greater vigilance regarding the fixation peripheral venous catheter.

Keywords: complications; critical care; patient transport

RESUMEN

Introducción: El transporte interhospitalario de una persona en estado crítico es un procedimiento frecuente y representa un riesgo adicional para el paciente.

Objetivo: Describir las intercurrencias en el transporte interhospitalario de la persona en situación crítica.

Métodos: Estudio transversal descriptivo retrospectivo. Se estudiaron 48 pacientes del Servicio de Urgencias Generales de un Centro Hospitalario de la región norte de Portugal, sujetos a transporte interhospitalario, por vía terrestre, entre julio de 2020 y marzo de 2021. La recogida de datos se realizó mediante la ficha técnica de transporte interhospitalario. registros del servicio y proporcionados, anonimizados, por el director del servicio, después de la aprobación del comité de ética.

Resultados: La muestra fue mayoritariamente masculina (60,4%), la edad media fue de 66,75±20,26 años y el tiempo medio de transporte fue de 64,11±08,18 minutos. La especialidad de origen más frecuente fue neurología (60,4%). Hubo un 79,2% de complicaciones, de las cuales el 80,9% fueron clínicas y la más frecuente fue la presión arterial ≥ 140 mmHg (47,9%). De las complicaciones no clínicas (19,1%), la más frecuente fue la exteriorización del catéter venoso periférico (16,7%).

Conclusión: Hubo una mayor frecuencia de intercurrencias clínicas en el sexo masculino, con mayor porcentaje en el grupo de edad entre 75-84 años. Los no clínicos fueron más frecuentes en el grupo de edad ≥ 85 años. Sugerimos una monitorización más frecuente o incluso invasiva de parámetros vitales para el control y tratamiento oportuno de los picos hipertensivos y mayor vigilancia cuanto a la fijación de catéter venoso periférico.

Palabras Clave: complicaciones; cuidados críticos; transporte de pacientes

Introdução

O transporte da pessoa em situação crítica (PSC) é uma inevitabilidade: a reorganização da rede de urgências, provocou mudanças na distribuição de valências hospitalares tanto no tratamento, como no diagnóstico, que aumentaram a necessidade de transporte de pessoas em estado crítico entre unidades hospitalares, procurando melhorar a resposta às suas necessidades e tendo como base os seus graus de complexidade (OM & SPCI, 2008). O transporte da pessoa em situação crítica é caracterizado por um período de grande instabilidade e vulnerabilidade, conduzindo, por vezes a complicações que podem ser previstas ou evitáveis. Qualquer pessoa transportada incorre em risco, aumentando a morbidade e mortalidade (OM & SPCI, 2008). Assim, a decisão de transferência de uma pessoa em estado crítico pressupõe que haja a avaliação dos benefícios e riscos inerentes ao transporte.

Em 1997, a sociedade portuguesa de cuidados intensivos (SPCI) elaborou um Guia de Transporte de Doentes Críticos onde alertava para o planeamento dos transportes por forma a minimizar o risco. Mais tarde, em 2008, a SPCI, juntamente com a Ordem dos Médicos (OM), elaborou um documento com recomendações para o transporte de doentes críticos, com o objetivo de minimizar os potenciais riscos e torná-lo mais eficiente, tendo sido criada a escala de estratificação de risco, através da qual se definem os recursos humanos, a monitorização necessária, a terapêutica mais adequada e os equipamentos mais apropriados consoante o nível de gravidade da pessoa (OM & SPCI, 2008).

É primordial que, durante o transporte inter-hospitalar (TIH) ou também designado como transporte secundário da PSC, se mantenha o mesmo nível de cuidados prestados no serviço de origem (Brunsveld-Reinders et al., 2015).

Intercorrência é o termo que define a ocorrência de um evento inesperado durante um procedimento, neste caso durante o TIH.

No presente estudo considera-se intercorrência sempre que se registre alguma intercorrência clínica, ou seja, sempre que exista uma alteração dos valores normais de tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), saturação periférica de oxigénio (SpO₂), escala de coma de glasgow (ECG), fração expirada de dióxido de carbono (ETcO₂), caso a PSC apresente, agitação, vômitos, náuseas, dor e/ou sempre que exista uma intercorrência não clínica, como a exteriorização do cateter venoso periférico (CVP) e a falta de oxigénio.

Assim, qualquer que seja a intercorrência que possa vir a ocorrer, a equipa que efetua o transporte deve ser capaz de a prever, de forma a diminuir a ocorrência de complicações e aumentar a capacidade de lidar com as mesmas (OM & SPCI, 2008).

De acordo com Lovell et al., (2001), Waydhas, (1999), Zuchelo and Chiavone, (2009), como citou Bérubé et al., (2012), ocorrem intercorrências em 70% dos transportes. O espaço diminuto que limita o acesso à própria pessoa, a sua instabilidade hemodinâmica, o ruído e a trepidação, que diminuem a capacidade de ouvir os alarmes dos equipamentos, são alguns dos fatores que podem contribuir direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica e consequente aumento dos riscos durante o transporte do doente (Brunsveld-Reinders et al., 2015).

Este estudo tem como objetivo geral:

- Analisar as intercorrências associadas à pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar.

Mais especificamente, objetiva-se:

- Caracterizar a PSC sujeita a TIH do Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal de julho de 2020 a março de 2021;

- Determinar a frequência e o tipo de intercorrências que ocorrem na PSC durante o TIH;

- Analisar se as características sociodemográficas e clínicas têm influência nas intercorrências associadas à PSC no TIH;

- Analisar se existe relação entre a duração do tempo de TIH com a existência de intercorrências associadas à PSC no TIH.



1. Enquadramento Teórico

Hoje em dia, o transporte inter-hospitalar da PSC é uma necessidade crescente, embora represente riscos acrescidos, justifica-se pela centralização dos meios de diagnóstico e terapêutica, com elevado nível de diferenciação (Mata, 2014), pela inexistência de recursos humanos e de recursos materiais, não disponíveis na instituição de saúde onde a PSC está internada, pela disponibilidade de perícia médica, pelas parcerias com outras instituições, por pedido da pessoa ou família e, ainda, por questões financeiras (Mohr, Wong, Faine, Schlichting, Noack & Ahmed, 2015).

Neste contexto considera-se que PSC, “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho de 2018, p. 19362, Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O TIH é uma inevitabilidade nos sistemas de saúde quando, quer o serviço de urgência básica (SUB), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) quer o serviço de urgência polivalente (SUP) não possuem todos as mesmas valências, e conseqüentemente, os mesmos recursos humanos e materiais. Quanto menos diferenciado for o serviço de urgência (SU), maior será a probabilidade de ocorrer um TIH. Podem, portanto, existir dificuldades no transporte da PSC, pelo facto de muitos hospitais não disporem de recursos humanos adequados (em número ou diferenciação), para dispensarem uma equipa para o TIH, composta por um médico e um enfermeiro com formação em transporte de doente crítico (TDC), no acompanhamento da pessoa transferida até ao hospital de destino. Apesar das reconhecidas dificuldades, considera-se que cada instituição deve preparar e manter operacionais equipas de transporte. Acessoriamente, num conceito de gestão integrada de recursos, deverão ser rentabilizados os meios (humanos e tipo de transporte) disponibilizados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica em apoio ao da PSC (OM & SPCI, 2008).

Segundo a OM e a SPCI (2008) o nível de monitorização, vigilância e cuidados, durante o transporte, deve ser no mínimo igual ao do serviço de origem e que o insucesso na preparação da pessoa e/ou da equipa de transporte, pode levar a uma sub-otimização do nível de cuidados prestados à pessoa, perante tal, é da responsabilidade do hospital e da equipa de saúde de origem decidir, planear, assistir e transportar a pessoa, identificar, entender e minimizar os riscos envolvidos num transporte, escolhendo as opções que contribuam para a melhoria do prognóstico. Graça, Silva, Correia e Martins (2017), salientam que os recursos humanos que acompanham a PSC durante o transporte inter-hospitalar constituem-se como o suporte da tomada de decisão, garantindo a antecipação e a resolução de intercorrências que possam vir a ocorrer ao longo da transferência, o que resulta num transporte com sucesso e seguro para todos os intervenientes.

De acordo com a OM e SPCI (2008), a transferência de pessoas por si só, envolve riscos para a pessoa e para a equipa que o realiza, por isso recomendam que todas as medidas apropriadas sejam realizadas antes da sua efetivação para limitar as possíveis alterações. As intercorrências podem ser caracterizadas pelo: risco clínico que afeta toda a fisiologia cardiorrespiratória e a fiabilidade da monitorização, os efeitos das vibrações e das possíveis mudanças de temperatura; o risco de deslocação referente a todos os fatores que possam interferir no movimento da pessoa, tal como a velocidade, o risco de colisão e a aceleração-desaceleração (OM & SPCI, 2008).

Segundo o INEM (2012) a preparação adequada da pessoa e da equipa de transporte são elementos-chave para a otimização dos cuidados prestados desde o serviço de origem até ao serviço que oferece o tratamento definitivo.

2. Métodos

Estudo transversal analítico retrospectivo, de natureza quantitativa, realizado entre julho de 2020 a março de 2021 no SU de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal. Este serviço mesmo sendo polivalente, está obrigado a transferir doentes dada a limitação na resposta a determinadas patologias.

2.1 Amostra / Participantes

A população alvo deste estudo foi constituída pelo total de doentes que foram sujeitos a transporte por via terrestre com acompanhamento da equipa própria (médico e enfermeiro da instituição) do serviço entre julho de 2020 a março de

2021. A amostra é coincidente com a população, totalizando 48 pessoas com transporte inter-hospitalar neste período. Sendo maioritariamente do sexo masculino (60,4%), do grupo etário entre os 18-64 anos (39,6%) e com uma média de idades de $66,75 \pm 20,26$ ano.

2.1.1 Requisitos / Critérios de Inclusão/

A colheita de dados foi realizada de julho a agosto de 2021, foram incluídos todos os doentes que foram sujeitos a TIH com registo em folha de TIH. Os dados foram extraídos da folha de registos de TIH, que após parecer favorável da comissão de ética da instituição, foram fornecidos ao investigador, anonimizados, e transpostos para uma grelha de registo por um numero de codificação.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados foi elaborada uma grelha de registos, tendo por base a folha de registo de TIH já existente no SU de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal, onde consta: idade, sexo, data, hora de saída, hora de chegada, hospital de origem, hospital de destino, equipa de transporte, diagnóstico, estado neurológico (escala de coma de glasgow), hemodinâmico (sinais vitais), tipo de ventilação (espontânea, ventilação mecânica não-invasiva e ventilação mecânica invasiva), cateterização (cateter venoso periférico, cateter venoso central, linha arterial), eliminação (sonda naso/oro gástrica, sonda vesical, dreno), medicação (bolús, perfusões) e intercorrências antes, durante e até à finalização do transporte.

2.3 Procedimentos

Para cumprimento dos procedimentos éticos, que estão subjacentes à realização dos estudos de investigação, foi previamente obtida a autorização do Presidente do Conselho de Administração de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal, da respetiva Comissão de Ética R.2644 de 25.06.2021, e do diretor de serviço para o fornecimento dos dados da folha de registo de TIH, realizados no período em estudo, anonimizados, onde o investigador codificou e transpôs para a grelha de registos os dados pelo número de codificação, garantindo o sigilo e anonimato dos participantes.

Toda a informação recolhida foi sujeita a anonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Os dados foram codificados e utilizados para fins de tratamento estatístico.

O tratamento de dados foi processado com recurso ao programa SPSS® versão 25.0, Para as variáveis ordinais foi determinada a frequência absoluta e relativa para as variáveis quantitativas contínuas foi calculada a média e o desvio padrão. Para a comparação de proporções utilizou-se o teste de independência do Qui-quadrado de forma a responder às hipóteses de investigação. Utilizou-se o nível de significância de 0,05%, pelo que valores de prova inferiores a este valor conduzem a uma evidência estatística significativa.

3. Resultados

A amostra do estudo foi de 48 PSC; 60,4% eram homens e a faixa etária com maior prevalência foi a dos 18 aos 64 anos com 39,6% (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	n=48	%
Sexo		
Masculino	29	60,4
Feminino	19	39,6
Grupo etário		
18-64 anos	19	39,6
65-74 anos	9	18,8
75-84 anos	9	18,8
≥85 anos	11	22,9
Média±dp		66,75±20,26

Legenda: dp- desvio padrão; n- frequência absoluta; %- percentagem



No mês de agosto de 2020 foi realizado o maior número de transportes com 18,8%, sendo a duração destes, maioritariamente, com uma duração superior a 1h correspondente a 68,8% (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes por mês do transporte e duração

Variáveis	n=48	%
Data		
Março 2021	3	6,3
Fevereiro 2021	2	4,2
Janeiro 2021	7	14,6
Dezembro 2020	5	10,4
Novembro 2020	6	12,5
Outubro 2020	4	8,3
Setembro 2020	7	14,6
Agosto 2020	9	18,8
Julho 2020	5	10,4
Duração do transporte		
≤1 hora	15	31,3
>1 hora	33	68,8
Média±desvio padrão	64:11±08:18	

Legenda: dp- desvio padrão; n- frequência absoluta; %- percentagem

A grande maioria das pessoas teve como especialidade no hospital de origem, a neurologia 64,4% e a especialidade de destino a neurocirurgia 52,1% (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos participantes por especialidade do hospital de origem e especialidade de destino

Variáveis	n=48	%
Especialidade de origem		
Neurologia	29	60,4
Cirurgia	5	10,4
Cardiologia	6	12,5
Medicina Intensiva	3	6,3
Ginecologia	1	2,1
Medicina Interna	3	6,3
Pneumologia	1	2,1
Especialidade de destino		
Neurocirurgia	25	52,1
Neurorradiologia	4	8,3
Cir. Cardiotorácica	6	12,5
Medicina Intensiva	3	6,3
Ginecologia	1	2,1
Nefrologia	2	4,2
Gastroenterologia	4	8,3
Cir. Maxilo Facial	1	2,1
Pneumologia	1	2,1
Urologia	1	2,1

No que se refere à avaliação do estado neurológico, através da Escala de Coma de Glasgow, constatou-se que grande parte das pessoas apresentava valores iguais a 15, ou seja, apresentavam um estado neurológico normal (60,4%). Verificou-se que 47,9% registaram $TAS \geq 140$ mmHg, $TAS \geq 90$ mmHg e ≤ 139 mmHg. A FC entre 61bat/min e ≤ 119 bat/min registou 83,3%, todas as PSC apresentavam uma frequência respiratória ≥ 11 ciclos/min e ≤ 28 ciclos/min. Mais de metade da amostra (66,7%) apresentava um $SpO_2 \geq 95\%$ e 33,3% com $SpO_2 \geq 90\%$ e $SpO_2 \leq 94\%$. Do total das pessoas com VMI e monitorização com capnografia, 37,5% das pessoas tinha um valor de $EtCO_2 \leq 35$ mmHg. No que concerne ao tipo de ventilação, a maioria das pessoas apresentavam uma ventilação espontânea (47,9%), secundadas pelas que tinham ventilação espontânea com oxigénio (33,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos participantes por diagnóstico, ECG, sinais vitais, EtCO₂ em pessoas com VMI e tipo de ventilação

Variáveis	n=48	%
Diagnóstico		
Sistema Nervoso	26	54,2
Sistema Cardiovascular	6	12,5
Sistema Digestivo	4	8,3
Sistema Esquelético	5	10,4
Sistema Urinário	3	6,3
Outros	4	8,3
Escala de coma de Glasgow (ECG)		
Normal: =15	29	60,4
Leve: 13 a 14	4	8,3
Moderada: 9-12	4	8,3
Grave: 3-8	11	22,9
Tensão arterial (TA)		
TAS ≥140mmHg	23	47,9
TAS ≤89mmHg	2	4,2
TAS ≥90mmHg e ≤139mmHg	23	47,9
Frequência cardíaca (FC)		
FC ≥120bat/min	3	6,3
FC ≤60bat/min	5	10,4
FC ≥ 61bat/min e ≤119bat/min	40	83,3
Frequência Respiratória (FR)		
FR ≥11 ciclos/min e FR ≤28 ciclos/min	48	100,0
Saturação periférica de oxigênio (SpO ₂)		
SpO ₂ ≥95%	34	70,8
SpO ₂ ≥90% e SpO ₂ ≤94%	14	29,2
Fração expirada de dióxido de carbono (EtCO ₂) em pessoas com VMI		
EtCO ₂ ≤35mmHg	3	37,5
EtCO ₂ >35mmHg	5	62,5
Tipo de ventilação		
Espontânea	23	47,9
Espontânea com oxigênio	16	33,3
Ventilação mecânica não-invasiva	1	2,1
Ventilação mecânica invasiva	8	16,7

Quanto ao tipo de cateterização, todas as pessoas apresentavam um cateter venoso periférico, das quais 22,9% apresentavam cateter venoso central e 16,7% linha arterial. Em grande parte da amostra (81,3%) não foi introduzida sonda naso/oro gástrica nem sonda vesical (64,6%). Nenhum dos casos apresentava qualquer tipo de dreno. Em grande parte da amostra (70,8%) não foi administrado bolus (terapêutica administrada pontualmente em dose única), prevalecendo as pessoas com administração de perfusões (54,2%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos participantes por tipo de cateterização, eliminação e medicação

Variáveis	n=48	%
Cateter venoso central		
Sim	11	22,9
Não	37	77,1
Cateter venoso periférico		
Sim	48	100,0
Linha arterial		
Sim	8	16,7
Não	40	83,3
Sonda naso/oro gástrica		
Sim	9	18,8
Não	39	81,3
Sonda vesical		
Sim	17	35,4
Não	31	64,6



Variáveis	n=48	%
Dreno		
Não	48	100,0
Bolús		
Sim	14	29,2
Não	34	70,8
Perfusões		
Sim	26	54,2
Não	22	45,8

Referente às intercorrências no TIH da PSC, verifica-se que ocorreram em grande parte da amostra 79,2% (n=38) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos participantes por existência de intercorrências

Existe intercorrência	n=48	%
Sim	38	79,2
Não	10	20,8

Legenda: n- frequência absoluta; %- percentagem

Em 63,2% das pessoas com intercorrências são homens. O grupo etário com maior percentagem de intercorrências (100%) é entre os 75 e os 84 anos mas sem diferença estatisticamente significativa entre a existência de intercorrência e o grupo etário (p=0,100) (Tabela 7).

Tabela 7 – Existência de intercorrências em função do sexo e grupo etário

Existe Intercorrência	Sim		Não		Gl	p value
	n	%	n	%		
Sexo:					1	
Masculino	24	63,2	5	50,0		0,449
Feminino	14	36,8	5	40,0		
Grupo Etário:					3	
18-64 anos	12	63,2	7	36,8		0,100
65-74 anos	7	77,8	2	22,2		
75-84 anos	9	100	0	0		
≥85 anos	10	90,9	1	9,1		

Legenda: gl- graus de liberdade; n- frequência absoluta; p- probabilidade; %- percentagem

Dos 38 participantes que tiveram intercorrências (47), 80,8% foram clínicas e 19,1% foram não clínicas (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição por tipo de intercorrência

Intercorrências	n=47	%
Clínicas	38	80,8
Não clínicas	9	19,1

Valores de tensão arterial sistólica (TAS) ≥ 140 mmHg foi a intercorrência clínica mais registada no nosso estudo. Relativamente ao sexo, verificou-se em 13 homens (56,5%) e 10 mulheres (43,5%). Quanto ao grupo etário, temos uma distribuição uniforme pelos intervalos de idades, destacando-se ligeiramente o grupo da população com idade superior ou igual a 85 anos. (Tabela 9).

Tabela 9 – Relação da TAS ≥ 140 mmHg com o sexo e grupo etário

TAS ≥ 140 mmHg	Sim		Não		Gl	P value
	n	%	n	%		
Sexo:					1	
Masculino	13	56,5	16	64,0		0,597
Feminino	10	43,5	9	36,0		

TAS \geq 140mmHg	Sim		Não		Gl	P value
	n	%	n	%		
Grupo Etário:					3	
18-64 anos	6	31,6	13	68,4		0,315
65-74 anos	5	55,6	4	44,4		
75-84 anos	5	55,6	4	44,4		
\geq 85 anos	7	63,6	4	36,4		

Legenda: gl- graus de liberdade; n- frequência absoluta; p- probabilidade; %- percentagem

Registou-se um maior número de PSC com intercorrências clínicas cuja especialidade de origem foi a neurologia (89,7%), existindo diferença estatisticamente significativa entre a especialidade de origem e os casos com intercorrências clínicas.

Tabela 10 – Relação casos com intercorrências clínicas e a especialidade de origem

Intercorrências clínicas	Sim		Não		gl	P value
	n	%	n	%		
Especialidade de origem					6	
Neurologia	26	89,7	3	10,3		0,033
Cirurgia	4	80,0	1	20,0		
Cardiologia	5	83,3	1	16,7		
Medicina Intensiva	2	66,7	1	33,3		
Ginecologia	0	0,0	1	100,0		
Medicina Interna	1	33,3	2	66,7		
Pneumologia	0	0,0	1	100,0		

A exteriorização do cateter venoso periférico (CVP) foi a intercorrência não clínica mais presente no nosso estudo. Constatou-se que em 5 homens (62,5%) e 3 mulheres (37,5%) houve exteriorização do CVP. No que se refere ao grupo etário, verificou-se que em 5 das pessoas com \geq 85 anos (45,5%) houve exteriorização do CVP. Em relação à exteriorização do CVP pode afirmar-se que não existe diferença estatística significativa em relação ao sexo ($p=0,895$), no entanto, existe diferença estatística significativas com o grupo etário ($p=0,033$) (Tabela 10).

Tabela 11 – Relação da exteriorização do CVP com o sexo e grupo etário

Exteriorização de CVP	Sim		Não		gl	P value
	n	%	n	%		
Sexo:					1	
Masculino	5	62,5	24	60,0		0,895
Feminino	3	37,5	16	40,0		
Grupo Etário:		3				
18-64 anos	1	5,3	18	94,7		0,033
65-74 anos	1	11,1	8	88,9		
75-84 anos	1	11,1	8	88,9		
\geq 85 anos	5	45,5	6	54,5		

Registou-se diferença estatisticamente significativa entre PSC com alterações na ECG e os casos com intercorrências não clínicas.

Tabela 12 – Relação entre casos com intercorrências não clínicas e a escala de coma de glasgow

Intercorrências não clínicas	Sim		Não		gl	P value
	n	%	n	%		
ECG					3	
Normal: \leq 15	1	3,4	28	96,6		0,01
Leve: 13 a 14	3	75,0	1	25,0		
Moderada: 9 a 12	2	50,0	2	50,0		
Grave: 3 a 8	3	27,3	8	72,7		



4. Discussão

O presente estudo permitiu traçar um perfil sociodemográfico de 48 PSC de um Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal, entre julho de 2020 a março de 2021. Assim, numa amostra de 48 PSC, a maioria (60,4%) era do sexo masculino, com predomínio das que possuíam idade entre os 18-64 anos (39,6%), com uma média de idades de $66,75 \pm 20,26$ anos. Dados corroborados pelo estudo de Graça et al. (2019), em que do total das pessoas transferidas ($n=184$), 58,7% eram também do sexo masculino, mas com prevalência dos que possuíam idade entre os 71-80 anos (33,2%). No nosso estudo grande maioria das PSC teve como especialidade de origem a neurologia (64,4%) e como especialidade de destino a neurocirurgia (52,1%). Na maioria dos casos, o diagnóstico foi ao nível do sistema nervoso (54,2%). Estes resultados estão em conformidade com os alcançados por Graça et al., (2019), onde 31,5% das pessoas apresentavam diagnóstico de doença neurológica, mas com a especialidade de medicina interna a ser responsável por 69% das transferências. Quanto à diferença da especialidade que transfere os doentes no hospital de origem, deve-se ao facto dos doentes com diagnósticos associados ao sistema nervoso na unidade hospitalar em estudo serem observados pela neurologia, por outro lado, na unidade de hospitalar do estudo de Graça et al., (2019), são abordados pela medicina interna por ausência da especialidade de neurologia de urgência. A semelhança de resultados quanto à especialidade de destino, poderá estar relacionada com o facto de ambas as unidades hospitalares não possuírem a capacidade de tratar estes doentes com patologia neurológica por ausência de recursos humanos e dispositivos médicos especializados nesta área de intervenção, que estão centralizados; conforme resultados de Droogh et al. (2015), com base num estudo de revisão sistemática da literatura, verificou que as taxas de TIH são suscetíveis de aumentar com a centralização do atendimento especializado. Outros estudos realizados, nomeadamente, o estudo observacional de Wiegersma et al. (2011), em transferências feitas de Hospitais da região Nordeste da Holanda para Hospitais mais diferenciados, o principal diagnóstico da transferência inter-hospitalar foi a doença respiratória (27%) e no estudo de Sethi e Subramanian, (2014), o choque séptico foi o diagnóstico mais frequente.

Quanto à duração do transporte, no estudo de Graça et al. (2019), a mais frequente é entre 1 e 2 horas, semelhante à do nosso estudo, pois o hospital de destino mais recorrente (CHTMAD – Vila Real) com capacidade de observação e intervenção terapêutica diferenciada fica a uma distância semelhante ao hospital de destino mais frequente no nosso estudo.

Em 38 casos (79,2%) da amostra ocorreram 47 intercorrências (80,8% clínicas e 19,1% não clínicas).

A intercorrência clínica mais frequente esta associada picos hipertensivos em 47,9% ($n=23$), assim como o estudo de Graça et al. (2019) corrobora, das intercorrências registadas, 40% foram alterações hemodinâmicas, perante as semelhanças obtidas nos estudos, podemos concluir que, o risco de deterioração fisiológica e de intercorrências adversas poderá estar associado ao TIH. A intercorrência não clínica mais frequente está relacionada com a exteriorização do CVP em 16,7% ($n=8$), existindo diferença estatística significativa em relação à exteriorização do CVP com o grupo etário ($p<0,033$), podendo afirmar que é nos mais idosos que está mais associada a exteriorização acidental do CVP, provavelmente por alterações comportamentais que são prevalentes nesta faixa etária.

Importa referir ainda algumas das dificuldades encontradas, a escassa bibliografia relacionada com as intercorrências no TIH da PSC que dificultou esta discussão dos resultados e o reduzido número de transportes realizados com o seu registo devidamente realizado.

Diariamente, os enfermeiros depararam-se com a necessidade de proceder ao transporte de pessoas em situação crítica, o que implica que os mesmos estejam preparados para o imprevisto e tenham que possuir capacidade de prever e atuar eficazmente e em tempo útil para a prevenção de complicações (Intensive Care of Society, ICS, 2019).

Conclusão

A nossa amostra caracterizou-se por ser maioritariamente do sexo masculino, na faixa etária entre os 18-64 anos, com uma média de idades de $66,75 \pm 20,26$ anos. Na maioria da amostra ocorreram intercorrências, sendo que destas, 38 correspondem a intercorrências clínicas e 9 a intercorrências não clínicas.

Prevaleram os casos cuja especialidade de origem foi a neurologia, existindo diferença estatisticamente significativa entre esta especialidade e os casos que apresentam intercorrências clínicas. A especialidade de destino mais frequente é a neurocirurgia, com a maioria dos casos a apresentar o diagnóstico do sistema nervoso. A média do tempo de transporte foi superior a 1 hora, mas não se conseguiu demonstrar com diferença estatisticamente significativa que um tempo de transporte superior a 1h apresente mais casos com intercorrências. Os meses com maior número de transferências foram agosto, setembro de 2020 e janeiro de 2021. O principal motivo de transferência foi a orientação terapêutica de doentes com patologia do sistema nervoso uma vez que o hospital de origem possui a especialidade de neurocirurgia.

Registou-se maior frequência de intercorrências clínicas, com maior prevalência nos homens, sendo a mais frequente picos de hipertensão arterial.

Dentro do grupo das intercorrências não clínicas a mais frequente corresponde a exteriorização do CVP, apresentando diferença estatisticamente significativa com o grupo etário.

Dada a elevada percentagem de PSC com intercorrências durante o TIH, sugerimos que a fase de planeamento e de efetivação do TIH, sejam fases mais meticolosas e estruturadas preparando melhor a PSC e as condições antes do TIH, para tentar diminuir o numero de intercorrências durante o transporte. Uma monitorização, dos parâmetros vitais mais frequente ou mesmo invasiva, para que se possam tomar as medidas/tratamento necessário atempadamente. Fixar e vigiar regularmente os CVP, principalmente em PSC com alterações da escala de Glasgow para que não ocorra exteriorização do mesmo. A realização de outros estudos em amostras maiores e noutras instituições com prospetivos passíveis de generalizações.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Bragança e do centro hospitalar onde foi realizado o estudo.

Referências bibliográficas

- Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M., Williamson, D. R., & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive & critical care nursing*, 29(1), 9–19. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.07.001>
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical care (London, England)*, 19(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>
- Droogh, J. M., Smit, M., Absalom, A. R., Ligtenberg, J. J., & Zijlstra, J. G. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet?. *Critical care (London, England)*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4>
- Graça, A., Silva, N. A. P., Correia, T. I. G., Martins (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV(15)*: 133 – 144. <https://doi.org/10.12707/RIV17042>
- Graça, A., Silva, N., Correia, T. (2019). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: A realidade de um hospital do Nordeste de Portugal. *Novas edições Acadêmicas*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica –INEM (2012) – Transporte do Doente Crítico. 1ª edição.
- Intensive Care Society. (2019). Guidance on: The Transfer of The Critically ill Adult. The Faculty of Intensive Care Medicine, 1-40. https://www.ficm.ac.uk/sites/ficm/files/documents/2021-10/Transfer_of_Critically_Ill_Adult.pdf
- Lovell, M. A., Mudaliar, M. Y., & Klineberg, P. L. (2001). Intrahospital transport of critically ill patients: complications and difficulties. *Anaesthesia and intensive care*, 29(4), 400–405. <https://doi.org/10.1177/0310057X0102900412>



- Mata, E. S. F. (2014). Dificuldades do enfermeiro no transporte secundário do doente crítico. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. <https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/2264/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Ema%20Mata.pdf>
- Mohr, N. M., Wong, T. S., Faine, B., Schlichting, A., Noack, J., & Ahmed, A. (2016). Discordance Between Patient and Clinician Experiences and Priorities in Rural Interhospital Transfer: A Mixed Methods Study. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 32(1), 25–34. <https://doi.org/10.1111/jrh.12125>
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 135. Série II, Ordem dos Enfermeiros, (2018). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (Comissão da competência em Emergência Médica) (2008). Transporte do Doente Crítico- Recomendações. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Waydhas C. (1999). Intrahospital transport of critically ill patients. *Critical care (London, England)*, 3(5), R83–R89. <https://doi.org/10.1186/cc362>
- Wiegersma, J. S., Droogh, J. M., Zijlstra, J. G., Fokkema, J., & Ligtenberg, J. J. (2011). Quality of interhospital transport of the critically ill: impact of a Mobile Intensive Care Unit with a specialized retrieval team. *Critical care (London, England)*, 15(1), R75. <https://doi.org/10.1186/cc10064>
- Zuchelo, L. T., & Chiavone, P. A. (2009). Intrahospital transport of patients on invasive ventilation: cardiorespiratory repercussions and adverse events. *Jornal brasileiro de pneumologia : publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 35(4), 367–374. <https://doi.org/10.1590/s1806-37132009000400011>

A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS PERSPETIVADA SEGUNDO MELEIS E WATSON:
UMA REVISÃO NARRATIVA

BAD NEWS COMMUNICATION AS SEEN THROUGH THE LENS OF MELEIS AND
WATSON: A NARRATIVE REVIEW

LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS VISTA A TRAVÉS DE LA LENTE DE MELEIS Y
WATSON: UNA REVISIÓN NARRATIVA

Servir, 2(04), e28390

DOI:10.48492/servir0204.28390

Hélène Ferreira Malta¹
Isabel Maria Fernandes²
Eduardo Santos³
Rui Baptista⁴
Maria Aurora Pereira⁵
Paulo Parente⁶

¹Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, Porto University, Porto, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-5998-6383>

²Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-7478-9567>

³Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem,
Coimbra, Portugal | <https://orcid.org/0000-0003-0557-2377>

⁴Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem,
Coimbra, Portugal | <https://orcid.org/0000-0002-4125-1186>

⁵Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de
Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal | <https://orcid.org/0000-0002-1710-1663>

⁶Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal | <https://orcid.org/0000-0001-5396-9550>

Corresponding Author

Hélène Ferreira Malta
Largo do Alvideiro Nº 10
3090-495 Paião, Portugal
helenemalta@gmail.com

RECEIVED: 28st October, 2022

ACCEPTED: 8th February, 2023

PUBLISHED: 6th March, 2023

2023



RESUMO

Introdução: A comunicação de más notícias (CMN) pode revelar-se uma tarefa difícil e exigente para os profissionais de saúde, não sendo os enfermeiros de emergência extra-hospitalar exceção.

Objetivo: Verificar a viabilidade da construção de um modelo explicativo do papel dos enfermeiros de emergência extra-hospitalar durante a Comunicação de Más Notícias, à luz das teorias de Meleis e Watson.

Métodos: Trata-se de uma análise baseada numa revisão narrativa da literatura, realizada através de pesquisa em bases de dados científicas (MEDLINE, CINAHL; Cochrane, MedicLatina, RCAAP; Ebooks Collection, Google Books Google Scholar). Para identificar os estudos foram utilizados e conjugados os seguintes termos: “health communication, truth disclosure, nurses, nursing research, nursing, nursing theory, breaking bad news, delivery bad news, Meleis theory, Watson theory, Meleis, Watson”. Para a seleção dos estudos foi utilizado o gestor EndNote X9. A extração e síntese narrativa de dados foi realizada por um revisor.

Resultados: Dos treze artigos selecionados, quatro abordam o tema da CMN utilizando a teoria de Meleis e nove de Watson. Verifica-se que a gestão da CMN, por parte do enfermeiro, implica o cumprimento de três etapas: auto-preparação, preparação do ambiente e a preparação da família.

Conclusão: A partir da revisão realizada e com base nos pressupostos que orientam os modelos teóricos de Meleis e Watson, concluiu-se pela viabilidade (e necessidade) de construção de um modelo explicativo do que poderá ser o papel dos enfermeiros durante a CMN no contexto extra-hospitalar. Este modelo poderá favorecer a ação do enfermeiro, nomeadamente na ajuda às pessoas cuidadas (receptores da informação) num momento crítico em que algo significativo muda e ficará diferente para sempre (transição). Esta é uma ação profissional em que, a par de outras competências, muito importam a sensibilidade e a empatia como ferramentas capazes de minimizar o sofrimento do outro no curto prazo, bem como, de ajudar, nos processos de luto ou na reorganização a vida pessoal, familiar e social, que se estarão a iniciar.

Palavras-chaves: comunicação; emergência extra-hospitalar; enfermeiros; modelos de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Communicating bad news (CMN) may be a difficult and demanding task for health professionals, and out-of-hospital emergency nurses are no exception.

Objective: To assess the feasibility of building an explanatory model of the role of out-of-hospital emergency nurses during Bad News Communication, in light of Meleis and Watson’s theories.

Methods: This is a narrative literature review, conducted through a search in scientific databases (MEDLINE, CINAHL; Cochrane, MedicLatina, RCAAP; Ebooks Collection, Google Books Google Scholar). The following terms were used and conjugated to identify the studies: “health communication, truth disclosure, nurses, nursing research, nursing, nursing theory, breaking bad news, delivering bad news, Meleis theory, Watson theory, Meleis, Watson”. The EndNote X9 manager was used to select the studies. The extraction and narrative synthesis of data was performed by a reviewer.

Results: Of the thirteen articles selected, four address the CMN theme using Meleis’ theory and nine Watson’s. It was found that the nurse’s management of CMN involves the fulfilment of three steps: self-preparation, preparation of the environment, and family preparation.

Conclusion: Based on this review and on the assumptions that guide Meleis and Watson’s theoretical models, we concluded that it is feasible (and necessary) to develop an explanatory model of the nurses’ role during NMC in out-of-hospital settings. This model may favour the nurses’ action, namely in helping patients (recipients of information) at a critical moment when something significant changes and will be different forever (transition). This is a professional action in which, in addition to other skills, sensitivity and empathy are very important as tools capable of minimising the other’s suffering in the short term, as well as helping in the bereavement processes or in the reorganisation of the personal, family and social life that is about to begin.

Keywords: communication; out-of-hospital emergency; nurses; nursing models.

RESUMEN

Introducción: La comunicación de malas noticias (CMN) puede ser una tarea difícil y exigente para los profesionales sanitarios, y las enfermeras de urgencias extrahospitalarias no son una excepción.

Objetivo: Evaluar la viabilidad de construir un modelo explicativo del papel de las enfermeras de urgencias extrahospitalarias durante la comunicación de malas noticias, a la luz de las teorías de Meleis y Watson.

Métodos: Se trata de una revisión narrativa de la literatura, realizada a través de una búsqueda en bases de datos científicas (MEDLINE, CINAHL; Cochrane, MedicLatina, RCAAP; Ebooks Collection, Google Books Google Scholar). Se utilizaron los siguientes términos y se conjugaron para identificar los estudios: “comunicación sanitaria, revelación de la verdad, enfermeras, investigación en enfermería, enfermería, teoría de la enfermería, dar malas noticias, dar malas noticias, teoría de Meleis, teoría de Watson, Meleis, Watson”. Para seleccionar los estudios se utilizó el gestor EndNote X9. La extracción y síntesis narrativa de los datos fue realizada por un revisor.

Resultados: De los trece artículos seleccionados, cuatro abordan el tema CMN utilizando la teoría de Meleis y nueve la de Watson. Se constató que el manejo de la CMN por parte de la enfermera implica el cumplimiento de tres pasos: autopreparación, preparación del entorno y preparación de la familia.

Conclusión: Basándonos en esta revisión y en los supuestos que guían los modelos teóricos de Meleis y Watson, concluimos que es factible (y necesario) desarrollar un modelo explicativo del papel de las enfermeras durante el NMC en entornos extrahospitalarios. Este modelo puede favorecer la actuación de los enfermeros, concretamente a la hora de ayudar a los pacientes (receptores de la información) en un momento crítico en el que algo importante cambia y será diferente para siempre (transición). Se trata de una actuación profesional en la que, además de otras habilidades, son muy importantes la sensibilidad y la empatía como herramientas capaces de minimizar el sufrimiento del otro a corto plazo, así como de ayudar en los procesos de duelo o en la reorganización de la vida personal, familiar y social que está a punto de comenzar.

Palabras Clave: comunicación; urgencias extrahospitalarias; enfermeras; modelos de enfermería.

Introdução

Uma má notícia é frequentemente definida como toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida de uma pessoa, bem como a sua perspetiva do futuro, destruindo assim planos, esperanças e sonhos (Edwards, 2010; Borges et al., 2012; Camargo et al., 2019).

Neste quadro, uma notícia é má quando traz infortúnio à pessoa que a recebe. Por isso, uma má notícia remete-nos, desde logo, para uma dimensão pessoal e vivencial. Pessoal, porque quem confere significado à notícia, e determina a ressonância que a mesma tem em si, é, o recetor da notícia (a notícia será “má” se a pessoa que a recebe a entende como tal). Vivencial, porque o ato de receção de uma notícia que é percebida como nefasta, não deixará de se constituir como um acontecimento e ponto crítico marcante no processo de transição que se seguirá. Não obstante, as más notícias poderem constituir-se como pontos críticos em qualquer tipo de transição, no contexto deste artigo, orientar-nos-emos, em particular, para quadros que podem determinar transições saúde-doença, como a amputação de membros ou o diagnóstico de uma doença incapacitante sem cura (cancro, SIDA, etc.), de uma doença degenerativa ou de uma doença do foro psiquiátrico desestruturante, e para quadros que apontam a transições situacionais como a morte de um familiar (Pereira, 2008; Camargo, 2019). Esta dimensão pessoal e vivencial associada à comunicação de “más notícias” é particularmente sensível à ação dos enfermeiros, porque têm competências para antecipar, avaliar, diagnosticar e ajudar a lidar com as transições (Meleis A., 2010).

Em Portugal, em ambiente hospitalar, no caso de morte, encontra-se previsto que o Diretor de serviço no qual o cadáver se encontre, é responsável pela comunicação da notícia aos familiares, podendo tal responsabilidade ser delegada a outro profissional de saúde desse mesmo serviço (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Tendo em conta o Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015:86), esses têm o dever de “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas”.

Neste sentido, e associado ao facto de que o enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo junto das pessoas, a Ordem dos Enfermeiros afirma que estes são privilegiados na comunicação da notícia da morte aos familiares e que deve caber essa responsabilidade ao enfermeiro com mais experiência e competências no âmbito da comunicação de más notícias, sendo para tal fundamental o conhecimento do processo de perda e a demonstração de habilidades comunicacionais e de empatia. Desta forma, entende-se que o enfermeiro reúne a competência para a transmissão da informação de más notícias, nomeadamente da morte de uma pessoa, no domínio da atuação em complementaridade funcional com o médico (a quem se encontra atribuída a competência de verificação e certificação de morte) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Numa revisão integrativa da literatura acerca da investigação em enfermagem existente no âmbito da Comunicação de Más Notícias, Fontes et al. (2017) realçam a questão cultural do país onde foi realizado o estudo, como um aspeto fundamental na compreensão do papel dos enfermeiros nesse processo. Pois, segundo os autores, a questão cultural influencia as decisões acerca de como é transmitida a má notícia e qual é a intervenção dos enfermeiros no processo; sendo que nos estudos realizados na Grécia e na China, os enfermeiros não se sentiam preparados para participar na comunicação da má notícia, preferindo que o médico o fizesse ou afirmando que é unicamente da sua responsabilidade; enquanto que na Suécia, Holanda, Estados Unidos e Brasil demonstraram maior autonomia na gestão desse processo.

Pereira (2008) no seu estudo verificou que em Portugal, no meio hospitalar, os enfermeiros “demitem-se” muitas vezes da função de abordar questões ligadas à doença/decisão terapêutica junto da pessoa, orientando o seu domínio de informações para aspetos funcionais da organização e para os cuidados decorrentes dos tratamentos. No entanto, também afirma que, embora os médicos sejam vistos como os únicos responsáveis pela comunicação de más notícias, as pessoas/familiares procuravam obter informações complementares por meios próprios, muitas vezes junto dos enfermeiros.



Assim, apesar de as informações de índole clínico serem proferidas pelos médicos cabe, frequentemente, ao enfermeiro o acompanhamento e a ajuda na sistematização e integração dessa informação por parte do doente/família. É o enfermeiro que acompanha o doente e familiar por mais tempo e, muitas vezes, é a ele que estes recorrem quando necessitam de um maior esclarecimento ou à transformação de uma linguagem mais técnica em simplificada e mais fácil de compreender, implicando o estabelecimento de uma relação de ajuda e proximidade e um acompanhamento efetivo nestes momentos de maior vulnerabilidade e fragilidade.

No meio extra-hospitalar em que os papéis entre o médico e enfermeiro se diluem em muitas situações, pela necessidade do grande domínio técnico desses profissionais durante as manobras de reanimação da vítima; nas situações de comunicação das más notícias, o papel dos enfermeiros também parece não estar claramente definido, embora esteja contemplado no estudo desenvolvido por Malta (2016, p.120), relativamente ao perfil de competências do enfermeiro que exerce na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), um dos meios de socorro existentes no ambiente extra-hospitalar: “(o enfermeiro da VMER) Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto. Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”.

Desta análise reflexiva surge a necessidade de melhor compreender o papel dos enfermeiros relativamente à gestão do processo de comunicação de más notícias, em especial nas situações de morte no contexto extra-hospitalar. Para isso, e partindo do princípio de que os Modelos Teóricos em Enfermagem são as pedras basilares para o desenvolvimento da Ciência de Enfermagem, na clarificação da área de atuação e das intervenções específicas dos enfermeiros, procedeu-se à operacionalização do tema Comunicação de Más Notícias à luz das teorias de enfermagem.

Os modelos de enfermagem surgem da necessidade de desenvolver um conhecimento em enfermagem no qual se possa basear a prática e que a orientasse, conduzindo à autonomia profissional e à melhoria dos cuidados prestados. Facilitam o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, possibilitando o desenvolvimento da profissão enquanto disciplina teórica e prática, na medida em que conferem significado ao conhecimento e procuram explicar os fenómenos vivenciados, no sentido de lhe conferir o estatuto de ciência.

Depois da consulta, análise e reflexão acerca das diversas Teorias de Enfermagem existentes e publicadas até ao momento, optou-se por uma abordagem ao problema seguindo os pressupostos dos Modelos de Afaf Meleis e de Jean Watson, por considerar que poderão dar um maior contributo na compreensão do tema em estudo.

1. Enquadramento Teórico

A Comunicação de Más Notícias (CMN) constitui uma das problemáticas mais complexas no contexto das relações interpessoais. Segundo Brito et al. (2014), o processo de CMN, particularmente da morte, é penoso por estar em causa a transmissão de uma mensagem que se sabe que vai trazer grande sofrimento. Deste modo, a notícia é penosa para os familiares (que a experienciam), mas também o é para o profissional de saúde (que observa quem experiencia) perante a incapacidade de reverter o acontecimento que provocou o sofrimento (Costa, 2009).

O enfermeiro deve ter em mente que tem sempre a possibilidade de fazer algo mais, para ajudar a sossegar a dor e encontrar alguma paz e serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas (Pereira et al., 2013). Pois, é importante estar ciente que as palavras utilizadas e a forma como é feita a CMN, pode marcar a pessoa e família para sempre.

Existem várias teóricas de enfermagem que focam a temática da comunicação nos seus modelos. Sendo esta uma área de extrema importância na enfermagem, optámos pela seleção de duas autoras que, embora sigam caminhos distintos e se baseiem em filosofias e tradições científicas específicas, imprimiram marcas notáveis no desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina. Deste modo, apresentamos seguidamente e de forma sucinta e objetiva, os aspetos essenciais que caracterizam a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson.

1.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis

Alaf Meleis desenvolveu a teoria das transições durante cerca de quatro décadas, sendo uma teoria de médio alcance que permite descrever, compreender, interpretar e explicar os fenómenos específicos que são alvo de cuidados na prática de enfermagem (Im e Meleis, 1999). O seu principal foco são os processos transacionais a que o ser humano está sujeito ao longo da vida, assumindo que pessoas que passam por transições são mais vulneráveis a riscos que afetam a sua saúde e que, por isso, merecem ser alvo dos cuidados de enfermagem (Meleis et al, 2000).

A transição é considerada, essencialmente, positiva, e é entendida como um processo, quer o evento que a causou seja previsível ou súbito (Pereira, 2010; Zagonel, 1999). Ela também é caracterizada como sendo um fenómeno pessoal, não estruturado, em que a pessoa tem consciência das mudanças que estão a acontecer (Meleis, 2010).

Meleis classificou a natureza das transições em quatro tipos: transições do desenvolvimento, transições situacionais, transições de saúde-doença e transições organizacionais (Mc Ewen e Wills, 2016). Os tipos de transições não são mutuamente exclusivas, podendo ocorrer em simultâneo durante um determinado período de tempo (Costa, 2016) e podem estar ligadas aos estágios da idade, aos eventos inesperados, às experiências de doença, às carreiras profissionais, etc., estando todas intimamente relacionadas com o ambiente em que a pessoa se insere (Meleis, 2012).

Durante o processo de transição podem surgir determinados padrões que os enfermeiros devem (re)conhecer para servir de ponto de partida para a formação de instrumentos que lhes permita criar um perfil de como os indivíduos percebem as transições (Meleis, 2010).

Deste modo, a Teoria das transições de Meleis, pretende expor as interações entre enfermeiros e pessoas cuidadas, explicando como os primeiros interferem nas experiências dos utentes/famílias, à medida que estas estão sujeitas a transições (Mc Ewen e Wills, 2016). No âmbito dos cuidados de enfermagem, o seu objetivo é cuidar dos potenciais problemas com que se deparam as pessoas durante as experiências transitórias e desenvolver intervenções de prevenção (de consequências indesejáveis) e terapia de apoio ao utente/família sempre que este necessite, conduzindo-o a um coping saudável (Meleis, 2012, Pereira, 2010).

Meleis investigou o que acontece com quem não vivencia transições saudáveis, a forma como os enfermeiros cuidaram dessas pessoas e quais foram as intervenções de enfermagem que facilitaram o progresso das pessoas rumo às transições saudáveis. Desse estudo resultaram três conceitos: Transições saudáveis – com o domínio de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados a novos papéis; Transições insalubres ou transições ineficazes – que movem a pessoa na direção da vulnerabilidade e do risco e Insuficiência do papel – caracterizada por dificuldade no desempenho um determinado papel, em que comportamentos e sentimentos derivam do incumprimento de obrigações (Meleis 1975, citado por Costa, 2016).

As transições são de facto complexas e multidimensionais, mas foram identificadas algumas propriedades, nomeadamente: a consciencialização; o envolvimento; a mudança e a diferença; o tempo para transitar; os pontos críticos e os eventos. Compreender as propriedades e as condições inerentes de um processo de transição permite o desenvolvimento de um conjunto de intervenções de Enfermagem, promotoras de respostas saudáveis à transição experienciada(s)pela(s) pessoa(s) cuidada(s) (Zagonel, 1999).

Para entender as experiências da pessoa durante as transições, é fundamental revelar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso no sentido de alcançar uma transição saudável (Costa, 2016).

As condições pessoais englobam os significados, as atitudes e as crenças culturais, o estado socioeconómico, a preparação e o conhecimento apoiados nas dimensões comunitárias e sociais, que podem facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e os resultados das transições (Meleis et al, 2000).



As condições ambientais referem-se à comunidade e à sociedade a que a pessoa pertence, sendo relevante sublinhar que relativamente à primeira, as condições que facilitam as transições são sobretudo: o apoio da comunidade, as informações relevantes obtidas por profissionais de saúde e conselhos de pessoas confiáveis e respeitadas (Costa, 2016).

É nos pontos de transição de um estágio para outro, no processo de desenvolvimento familiar, que ocorrem os maiores fatores geradores de stress, particularmente nos momentos de grande instabilidade, insegurança e ruturas do ciclo vital. Nestes pontos vulneráveis é que os esforços devem ser intensificados no sentido de reorganizar os momentos transacionais e evitar ruturas. Pois, a transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrência de múltiplas transições simultaneamente. O foco deve, essencialmente, estar na disposição para ajudar na passagem de um estado a outro considerando que as situações difíceis irão gerar respostas positivas e negativas (Zagonel, 1999).

1.2. Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson

Jean Watson inspirou-se nos trabalhos desenvolvidos por Nightingale e Rogers, mas também de filósofos e psicólogos como Giorgi, Johnson e Koch, tendo desenvolvido uma ciência do cuidado humano (Mc Ewen e Wills, 2016). A teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, baseada no seu trabalho “Human Science and Human Care: a Theory of Nursing”, é uma das mais novas grandes teorias de enfermagem, tendo sido a primeira a incorporar a dimensão espiritual no conceito da enfermagem. Ela descreve o ser humano como sendo holístico e interativo, e reconhece a importância das dimensões espiritual e ética como elementos centrais no processo de cuidado humano (Mc Ewen e Wills, 2016).

A Teoria de Jean Watson alude a reciprocidade entre o profissional e a pessoa cuidada, tendo como meta o cuidado holístico, a partir do entendimento das questões espirituais e existenciais (Evangelista, 2020). Ela propõe uma intervenção consciente nos cuidados, potencializando a cura e a integridade. Não descarta a ciência convencional ou práticas de enfermagem modernas, mas é um complemento às mesmas. Ela prioriza a preservação da saúde e procura meios para proteger, melhorar e preservar a dignidade, humanidade, integridade e harmonia interior da pessoa cuidada (Hoover, 2002 citado por Silva et al, 2010).

O cuidado transpessoal é um conceito criado por Watson que propõe desviar o foco da enfermagem do seu atual modelo tecnicista, para dar ênfase ao processo de cuidado mais altruísta, social e espiritual. Deste modo, a teoria não menospreza e não deixa de reconhecer a necessidade do conhecimento técnico-científico para o cuidado à pessoa, mas complementa e amplia o aspeto social e espiritual, levando também ao autoconhecimento do próprio enfermeiro (Watson, 1985 citado por Silva et al, 2010).

No paradigma da transformação o objetivo de enfermagem é ajudar as pessoas a terem um grau elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma, que por sua vez leva a processos de autoconhecimento, autorrespeito, autocura e autocuidado (Watson, 2002). O foco principal é na pessoa, enquanto ser único e superior à soma das suas partes, integrado num ambiente e contexto específico sendo que o enfermeiro age como advogado do doente, corresponsabilizando-o pelo processo de cuidados e reconhecendo a sua capacidade para serem agentes da sua própria saúde. Para atingir este objetivo, a mesma autora reitera que devemos procurar, através do processo de cuidar e das transações do cuidar, o significado da existência, da desarmonia, através do sofrimento e do tumulto da pessoa, de forma a promover o autocontrole, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença.

O cuidar transpessoal está relacionado com uma relação intersubjetiva que inclui dois indivíduos num dado momento, mas transcendem simultaneamente os dois; o transpessoal reconhece que o poder do amor, fé, compaixão, cuidar, comunidade e intenção, consciência e acesso a uma fonte de energia mais profunda é muito importante no processo de curar, pois irá potenciá-lo. Assim, este cuidar holográfico, que é o cuidar transpessoal, e as relações de cuidar são momentos científicos, profissionais, éticos, estéticos, criativos, personalizados e revestidos de intencionalidade, que ocorrem entre duas pessoas e que pode libertar o poder interior e a força que ajuda a pessoa a alcançar um sentido de harmonia interna (Watson, 2002).

No âmbito da comunicação de más notícias, a utilização deste dois modelos pode revelar-se uma mais valia para a identificação do tipo de transição vivenciada e para a definição e desenvolvimento de estratégias comunicacionais ajustadas, no sentido de minimizar o seu impacto e de facilitar o estabelecimento de uma relação efetiva entre enfermeiro/utente/família, minimizando o impacto dos sentimentos associados. O enfermeiro deve fazer uso de todo o conhecimento obtido ao longo da sua experiência pessoal, académica e profissional no que concerne à comunicação de más notícias e procurar desenvolver estratégias facilitadoras da interiorização da informação, por parte do recetor. A identificação precoce do tipo de transição aliada ao uso de estratégias baseadas no reconhecimento de que a vida deve ser vivida em plenitude, possibilita o estabelecimento de uma relação de cuidar mais profícua e verdadeira, baseada na intencionalidade de promover o bem-estar e a mobilização de recursos pessoais promotores de um sentimento de harmonia.

Realizado o enquadramento teórico necessário para a prossecução desta revisão, e não tendo sido possível numa pesquisa preliminar encontrar artigos específicos para o contexto extra-hospitalar, foram traçados os seguintes objetivos para esta revisão:

- Sistematizar o conhecimento existente nas publicações na área de enfermagem quanto ao papel dos enfermeiros na Comunicação de Más Notícias, à luz das teorias de Meleis e Watson.
- Verificar a viabilidade da construção de um modelo explicativo do papel dos enfermeiros de emergência extra-hospitalar durante a Comunicação de Más Notícias, à luz das teorias de Meleis e Watson.

2. Métodos

A questão de investigação que norteou esta revisão foi: Qual é a viabilidade da construção de um modelo explicativo do papel dos enfermeiros de emergência extra-hospitalar na Comunicação de Más Notícias, na perspetiva dos Modelos Teóricos de Meleis e de Watson?

Foi assim desenvolvida uma revisão narrativa da literatura, de forma a discutir o estado da arte, tendo em conta a perspetiva teórica existente, relativamente ao tema em estudo.

Realizou-se uma primeira pesquisa nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e Google Scholar de forma a identificar a existência de artigos que respondessem à nossa questão, tendo-se verificado a existência de alguns trabalhos realizados no âmbito da CMN na perspetiva dos modelos teóricos de Meleis e Watson no contexto hospitalar e nenhum no contexto extra-hospitalar. Deste modo, decidiu-se por uma pesquisa direcionada para o tema pretendido, sem especificação do contexto.

Os critérios de inclusão delineados foram: documentos publicados nos idiomas de português, inglês, espanhol e francês; com limite temporal de publicação correspondente aos últimos 15 anos (desde 2007), que abordassem o papel da enfermagem na comunicação de más notícias na perspetiva de Meleis e/ou Watson.

A revisão narrativa foi realizada entre maio e agosto de 2022, tendo em conta as bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval- MEDLINE, System Online Cumulative Index of Nursing and Allied Health- CINAHL, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina, e para a literatura cinzenta, o Google Scholar, Ebooks Collection, Google Books, e Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP).

Para identificar os estudos foram utilizados na pesquisa das diferentes bases de dados os termos MESH: “health communication, truth disclosure, nurses, nursing research, nursing, nursing theory” e ainda os termos não controlados “breaking bad news, delivery bad news, Meleis theory, Watson theory, Meleis, Watson”. Estes descritores foram combinados usando os termos “AND” e “OR” da linguagem booleana,



2.1 Procedimentos

Para a seleção dos artigos foi utilizado o gestor de referências bibliográfico EndNote X9.

A extração e síntese dos dados retirados dos textos, foram realizadas por duas revisoras de forma independente, sendo que quando existiu discordância, prevaleceu a opinião da primeira autora.

Deste modo, numa primeira pesquisa foram encontrados 2459 artigos. Foram eliminados 113 por estarem repetidos, ficando 2346 para leitura de título e resumo. Foram excluídos 2127 por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos. Posteriormente, os 219 artigos sobranes foram lidos na íntegra, tendo-se excluído 206 por não abordarem o tema enquadrado num modelo teórico de enfermagem (71), por não abordarem os modelos teóricos pretendidos (4), e por não abordarem o papel do enfermeiro na comunicação de más notícias (122). Um total de 13 documentos cumpriram os critérios de inclusão. O processo de seleção de triagem dos documentos está representado no fluxograma da Figura 2, elaborado com base no Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2020).

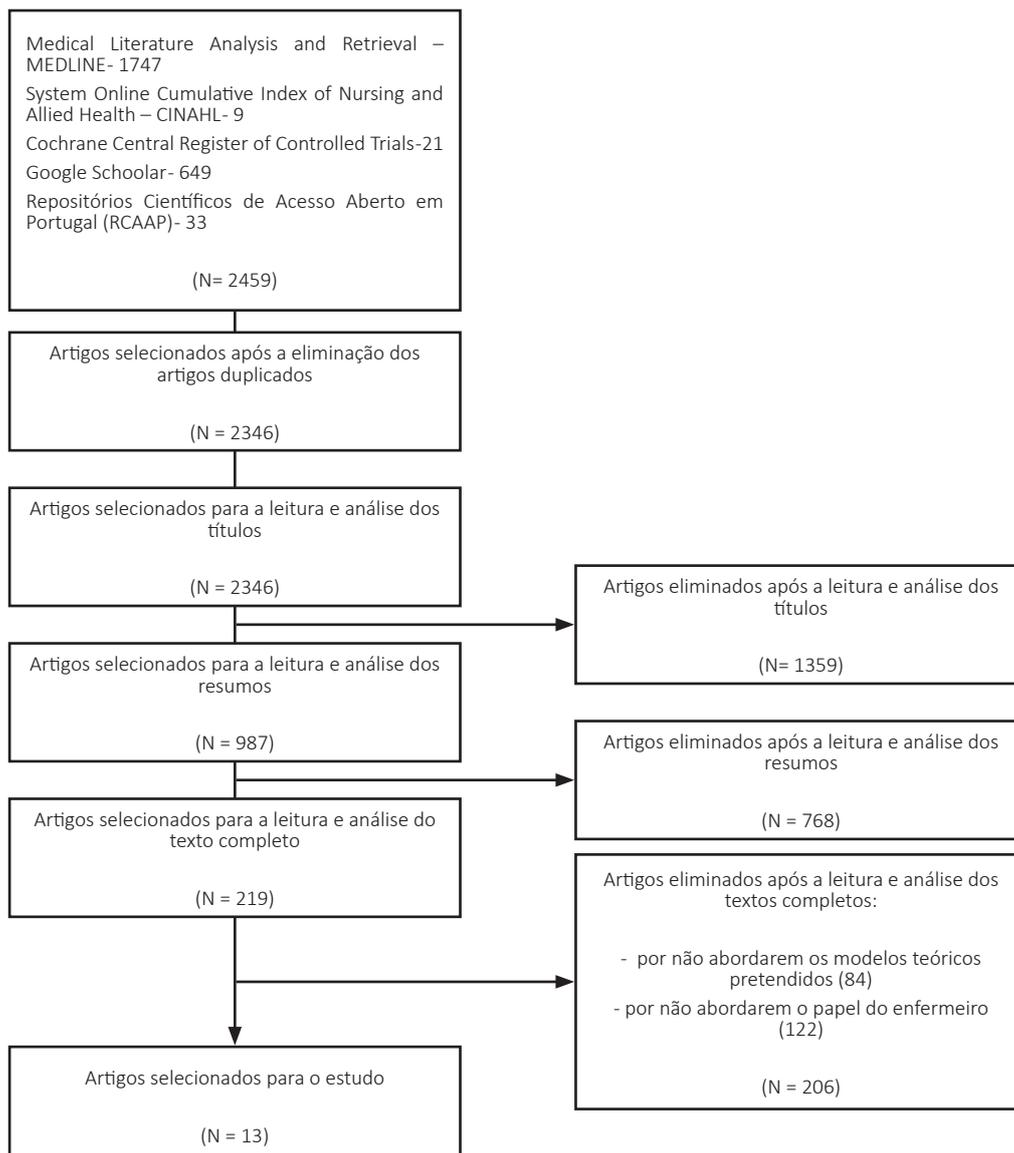


Figura 2 – PRISMA Flow Diagram (adaptado) do processo de seleção dos artigos

3. Resultados

Dos treze documentos selecionados e incluídos na revisão, quatro abordam o tema da CMN utilizando a teoria de Meleis e nove de Watson (Quadro 1 e 2).

Para a apresentação dos resultados obtidos, optou-se por dividir os dados colhidos em duas partes: um relativo à teoria de Meleis e outro relativo à teoria de Watson, apresentados respetivamente nos quadros 1 e 2, sendo que para a construção dos quadros tivemos em conta os pressupostos que sustentam ambos os modelos. As informações dos quadros contêm exclusivamente os dados extraídos nos artigos analisados nesta revisão, identificando-se a respetiva fonte bibliográfica (autor e ano) do documento.

A extração dos dados foi realizada tendo em conta as informações analisadas e que iam ao encontro dos principais pressupostos apresentados nos modelos teóricos abordados. O quadro relativo à teoria de Meleis abrange os seguintes dados: a natureza da transição, as propriedades da transição, as condições, os padrões de resposta (de processo e de resultados), as intervenções de enfermagem (preventivas e terapêuticas). O quadro relativo à Teoria de Watson apresenta os dados relativos aos dez elementos do processo caritas: prática da bondade amorosa; tomar decisões; incutir fé e esperança; pratique um ensino e aprendizagem que vá ao encontro das necessidades e estilos de aprendizagem das pessoas, nutrir crenças e práticas espirituais individuais, as necessidades de cuidados holísticos, relação de ajuda e confiança, criar um ambiente de cura, promover a expressão de sentimentos negativos, e milagres.

Quadro 1 – Resultados relativos à Teoria das Transições de Meleis

Natureza da transição	A comunicação de má notícia, quer se trate de uma situação de doença grave ou de morte implica sempre uma transição (Pereira, 2010; Palmeirinha, 2019; Tavares, 2020; Teixeira, 2021).
Propriedades da transição	A família deve ser considerada num contexto com quadro de referência (Pereira, 2010). O enfermeiro deve tornar-se agente facilitador da transição e mostrar-se disponível para escutar as preocupações da família, facilitando a comunicação e a interação na resolução de problemas; articular os recursos disponíveis pode proporcionar a satisfação e algumas necessidades da família, fazendo com que se sinta ajudada/apoiada (Pereira, 2010; Palmeirinha, 2019; Tavares, 2020; Teixeira, 2021).
Condições	É necessário identificar fatores de stress secundários a outras situações que influenciarão nos mecanismos adaptativos da família (Pereira, 2010).
Padrões de resposta	O enfermeiro deve ter consciência dos seus próprios limites (Pereira, 2010).
a) Processo	É normal a família experimentar sentimentos e reações caóticas (Pereira, 2010).
b) Resultados	O doente e a sua família são o foco dos cuidados dos enfermeiros (Palmeirinha, 2019; Tavares, 2020; Teixeira, 2021). O enfermeiro tem um contributo inegável de ajuda na reconstrução da estabilidade e assimilação da perda (nas situações de morte) (Tavares, 2020). O enfermeiro deve ser perito nos processos de CMN e gestão do luto (Pereira, 2010).
Intervenções de enfermagem:	Devem estar baseadas na comunicação para o fornecimento de informações e apoio emocional (Lopes, 2007; Pereira, 2010; Tavares, 2020) no apoio/orientação antecipada na tomada de decisão do dente/família (Pereira, 2010; Tavares, 2020).
a) Intervenções preventivas	O enfermeiro deve preparar-se para a abordagem, reforçar as suas competências 1, dar tempo para explorar o seu próprio potencial em termos de recursos, promover um ambiente propício à livre expressão de sentimentos, preparar o espaço físico que permita privacidade (Pereira, 2010).
b) Intervenções terapêuticas	O enfermeiro deve contribuir para a consciencialização da pessoa/família, promover estratégias de coping, assistir na desconstrução de significados (Tavares, 2020). Deve ainda implementar algumas intervenções, nomeadamente: reconhecer, aceitar e ajudar a família a usar rituais, costumes e estilos para lidar com a morte; ajudar a pessoa a encontrar um significado ao tempo passado junto de quem está em fim de vida; dar tempo para explorar o seu próprio potencial em termos de recursos; manter a família informada e utilizar linguagem acessível e franca; procurar ser congruente; reforçar pontos fortes da família; deixar a família participar nos cuidados ao moribundo; ajudar a família a dividir tarefas; recorrer a grupos de auto ajuda ou outras fontes de apoio (Lopes, 2007; Palmeirinha, 2019).



Tendo em conta esses resultados, identificamos o acontecimento morte como o evento crítico para a transição e o foco dos cuidados de enfermagem como sendo a família do falecido. É possível identificar três etapas nas quais o enfermeiro deverá desenvolver o processo da gestão da CMN, são elas: auto preparação (implica conhecer os seus limites, dominar as suas emoções, preparar-se para aceitar as reações caóticas que poderão surgir, desenvolver competência na área da CMN e gestão do luto), preparação do ambiente (espaço físico que permita privacidade e a realização de rituais que expressem as crenças e costumes culturais/religiosas/espirituais) e a preparação da família (manter a família informada, utilizar linguagem acessível, franca e congruente, reforçar pontos fortes, deixar a família participar nos cuidados ao falecido; ajudar a família a dividir tarefas, direcionar para grupos de auto ajuda ou outras fontes de apoio).

Quadro 2 – Resultados relativos à Teoria do cuidado transpessoal de Watson

10 Cáritas	
Prática de bondade amorosa	O cuidado transpessoal reconhece que o poder do amor, fé e compaixão é acesso para uma fonte de energia mais profunda (importante no processo de cura) (Porta, 2016). Os cuidados devem basear-se no amor, carinho, confiança, partilha e espiritualidade. (Lima, 2019; Landefeld, 2020)
Tomar decisões	Deve-se procurar através do processo do cuidar e das transições do cuidar, o significado da existência, da desarmonia, através do sofrimento e do tumulto da pessoa, de forma a promover o autocontrolo, a escolha e auto-determinação nas decisões de saúde-doença (Porta, 2016). O enfermeiro é co-responsável do planeamento de ações de cuidados capazes de curar o equilíbrio e harmonia, contribuindo assim para a dignidade humana (Silval et al., 2022).
Incutir fé e esperança	A pessoa em fim de vida e sua família necessita que o enfermeiro lhe incuta fé e esperança, que sirva de fonte de força e energia (Pinheiro, 2012).
Pratique um ensino e aprendizagem que vá ao encontro das necessidades e estilos de aprendizagem das pessoas	As relações do cuidar são momentos científicos, profissionais, éticos, criativos, personalizados e revestidos de intencionalidade que ocorrem entre duas pessoas e pode libertar o poder interior e a força que ajuda a alcançar a harmonia interior (Portas, 2016). A CMN permite o auto-conhecimento das suas capacidades e limitações, possibilitando-o desenvolver, adotar ou adequar estratégias de resiliência (Costa, 2014). O enfermeiro deve envolver-se numa experiência genuína de ensino-aprendizagem (Landefeld, 2020).
Nutrir crenças e práticas espirituais individuais	O enfermeiro deve dar assistência espiritual (Lima, 2019). O enfermeiro deve ter sensibilidade cultural. Deve conseguir gerir as suas emoções e as do outro. É importante ter um bom conhecimento de si próprio (os seus receios, emoções, mecanismos de projeção e de defesa) para adquirir autenticidade e aumentar o grau de confiança (Ferreira, 2017).
As necessidades de cuidados holísticos	O enfermeiro deve providenciar a prestação de cuidados autênticos, tendo em conta “o todo” (Parker & Tillerson, 2014).
Relação de ajuda e confiança	O enfermeiro deve desenvolver uma relação de ajuda, usando a bondade, dando abertura para se ouvirem uns aos outros (Silval et al, 2022).
Criar um ambiente de Cura	O enfermeiro deve criar um ambiente de cura a todos os níveis: beleza, conforto, dignidade e paz são potenciadas com luz natural, tranquilidade, sem ruído, decorações calmantes, boa regulação térmica porque conduzem ao conforto e ambiente para a cura espiritual (Landefeld, 2020).
Promover a expressão de sentimentos negativos e	O enfermeiro deve estar presente durante a CMN e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos (Silval et al, 2022).
Milagres	A interação entre enfermeiro e a pessoa em fim de vida/família constitui uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal (Lopes,2007).

Os resultados encontrados salientam que na CMN, os cuidados de enfermagem devem basear-se numa relação de ajuda (Silval et al., 2022), em que reina a satisfação das suas necessidades numa visão holística (Parker & Tillerson, 2014), baseado no amor, carinho, confiança, partilha e espiritualidade (Lima, 2019; Landefeld, 2020), num ambiente que proporcione beleza, conforto, dignidade e paz, potenciadas com luz natural, tranquilidade, silêncio, decorações calmantes, boa regulação térmica porque conduzem ao conforto e ambiente para a cura espiritual (Landefeld, 2020). A partilha vivenciada, num momento de cuidado transpessoal reconhece que o poder do amor, fé e compaixão é acesso para uma fonte de energia mais profunda importante no processo de cura (Portas, 2016), ou no caso de morte, para a paz/harmonia interior e aceitação da atual situação vivida pela família.

O enfermeiro deve assim procurar, através do processo do cuidar e das transições do cuidar, o significado da existência, da desarmonia, através do sofrimento e do tumulto da pessoa/família cuidada, de forma a promover o autocontrolo, a escolha e auto-determinação nas decisões de saúde-doença (Portas, 2016), no caso concreto de morte, relacionadas com o luto Vs luto patológico.

O enfermeiro é assim co-responsável do planeamento de ações de cuidados capazes de curar o equilíbrio e harmonia, contribuindo para a dignidade humana da pessoa/família cuidada (Silval, Duarte e Fernandes, 2022); mas também constitui uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal para ambos (Sapeta e Lopes, 2007).

4. Discussão

Com base na revisão realizada, nas obras publicadas acerca do tema por diferentes autores, e nos pressupostos que orientam os referenciais teóricos de Afaf Meleis e Jean Watson, foi realizada uma análise acerca da viabilidade da construção de um modelo explicativo acerca do papel do enfermeiro durante a CMN no contexto extra-hospitalar.

Embora existam semelhanças na prática da enfermagem de emergência no contexto intra e extra-hospitalar, é necessário reconhecer que o palco de atuação condiciona a abordagem à pessoa, os cuidados prestados e por isso, influencia forçosamente os resultados obtidos e percebidos pelos profissionais e/ou pessoas cuidadas. Desta forma, para que seja possível atingir os objetivos desta revisão, é também necessário referir que o ambiente extra-hospitalar é frequentemente descrito como hostil, violento, onde os acontecimentos têm início súbito/inesperado, com múltiplos fatores de difícil controlo (tal como o número de pessoas presentes no local de socorro, o número de vítimas, as condições físicas do cenário, entre outras). E por isso, todas essas condicionantes foram tidas em conta nesta análise apresentada.

Pretende-se assim, seguidamente, enquadrar o tema nos seus pressupostos, explicando a CMN como um fenómeno que deve ser percebido como evento crítico que inicia o processo de uma transição e ainda salientar a importância do papel do enfermeiro de emergência extra-hospitalar na CMN, como profissional apto à prestação de cuidados holísticos, que incorpora as dimensões da espiritualidade e da ética.

A transição deve ser um motivo de preocupação para a enfermagem pelo risco potencial que a sua experiência pode colocar sobre as pessoas envolvidas (Meleis, 2010). Prevenir esses riscos, melhorar o bem-estar, maximizar o funcionamento e capacitar para o auto-cuidado, são estratégias que os enfermeiros devem usar para cuidar e ajudar as pessoas a alcançarem processos de transição saudáveis.

Tendo em conta o enquadramento teórico apresentado, e tomando como exemplo o acontecimento “morte” – uma das piores notícias a comunicar e a receber, encontra-se classificada como sendo uma transição do desenvolvimento. De facto, apesar de reconhecermos a morte como um fenómeno natural, universal e inevitável, no ciclo de vida do ser humano, a percepção da sua proximidade pode ser perturbadora, para aqueles que estão a morrer, mas também para as pessoas que os rodeiam (Pereira, 2010).

Segundo Costa (2016), preparar-se antecipadamente para uma mudança facilita a experiência de uma transição, considerando que a falta dessa preparação pode inibir esse percurso e trazer consequências evidentes quando a pessoa é surpreendida. É assim previsível que seja no contexto de emergência (intra ou extra-hospitalar), em que as situações de doença, acidentes ou mortes súbitas são muito frequentes, se encontre descrito como o mais desafiante na área da CMN.

Entendendo que o momento da CMN se assume certamente como o início (evento crítico) de uma importante transição na vida de quem a recebe (Tavares, 2020; Teixeira, 2021; Palmeirinha, 2019; Pereira, 2010), a atenção e prontidão do enfermeiro para intervir é primordial. Pois, embora lidar com a transição implique vários seguimentos ou contactos, por se tratar de um processo dinâmico (Meleis, 2010), o enfermeiro não pode demitir-se dessa função por considerar que não poderá acompanhar esse processo, nem deve por isso desvalorizar o seu papel, pois essa primeira intervenção poderá condicionar o restante processo (Tavares, 2020; Pereira, 2010). No entanto, de modo a poder dar o seu melhor



contributo, o enfermeiro deve também se preparar para a CMN, dominando as suas emoções e tendo em conta que é normal a família experimentar sentimentos e reações caóticas (Pereira, 2010). De acordo com Tavares (2020) e Pereira (2010), a CMN implica que o enfermeiro tenha plena consciência dos seus limites para poder explorar o seu potencial, desenvolvendo competências e ser conhecedor dos processos de gestão da CMN e do luto.

O ambiente deve também estar preparado para a CMN, implicando a seleção de um espaço físico que permita privacidade e a livre expressão de sentimentos (Pereira, 2010), conforme as crenças culturais, espirituais e religiosas da família, devendo o enfermeiro reconhecer, aceitar e ajudar a família a usar rituais, costumes e estilos para lidar com a morte (Palmeirinha, 2019; Pereira, 2010).

O alvo dos cuidados do enfermeiro de emergência extra-hospitalar é a pessoa em situação crítica, ou seja aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e de quem a sobrevivência dependa da utilização de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Estima-se que enquanto ator dos cuidados prestados, o Enfermeiro que exerce funções na área da emergência, influencia a qualidade do funcionamento da equipa e do serviço, em função dos seus conhecimentos acerca do planeamento, execução e avaliação do exercício profissional.

Durante o processo de CMN, em especial em situações de emergência pré-hospitalar, onde o contacto com o doente e família é quase sempre único, é necessário existir por parte da equipa que transmite a notícia uma especial sensibilidade e perspicácia, no desenvolvimento de todo o processo de socorro. Pois, a comunicação de má notícia inicia-se a partir do momento em que os primeiros operacionais da equipa de socorro chega ao local da ocorrência, onde se encontra a vítima, sob os olhares atentos dos familiares ou outras pessoas presentes, pois todas as ações e interações serão avaliadas e julgadas por aqueles.

Seguindo os pressupostos da Teoria de Meleis (2012), e tendo em conta os resultados da revisão efetuada, pensa-se que a intervenção dos enfermeiros durante o processo de CMN no contexto extra-hospitalar poderá incluir três fases: o levantamento de dados, a preparação da transição, e a suplementação de papel.

A primeira fase corresponde ao levantamento de dados das condições ideais ou das melhores condições possíveis, no contexto onde se encontra a equipa de emergência, para a preparação da vivência da transição. Envolve uma avaliação, detetando as dificuldades em pontos críticos no processo de transição e identificando fatores de stress secundários a outras situações que influenciarão nos mecanismos adaptativos (Pereira, 2010). No contexto extra-hospitalar, o levantamento de dados poderá incluir o número de vítimas envolvidas, as idades das vítimas, as causas e circunstâncias do evento (doença súbita, acidente de viação, suicídio, homicídio, etc.), o ambiente físico da ocorrência (domicílio, via pública, etc.) e as pessoas presentes e envolvidas no processo.

A segunda fase é a preparação da transição, que envolve fornecer as informações adequadas para fortalecer as condições ideais, ou as melhores condições possíveis, de preparação para a transição (Pereira, 2010; Palmeirinha, 2019; Tavares, 2020; Teixeira, 2021). Para isso, pensa-se ser fundamental o enfermeiro manter-se atento e observador, se demonstrar disponível para acompanhar o processo de CMN, analisar os comportamentos das pessoas mais significativas presentes durante a intervenção da equipa extra-hospitalar e identificar aquela(s) com uma relação significativa com a vítima (geralmente um familiar próximo), com capacidade cognitiva para compreender o que lhe for comunicado e com um comportamento controlado, adequado e assertivo face à situação vivenciada. Também será necessário procurar o local mais apropriado, preferencialmente onde haja silêncio ou pouco ruído, mantendo pessoas estranhas (ou “curiosos”) afastadas, evitando interrupções desnecessárias e com possibilidade para se sentarem..

A terceira fase é a da suplementação de papel, em que a informação recolhida é ajustada para facilitar a transição (linguagem acessível, franca e assertiva), demonstrando-se disponível para escutar as preocupações da família/pessoa significativa (Pereira, 2010; Tavares, 2020), para ajudar na articulação dos recursos disponíveis de forma a satisfazer

as suas necessidades (Pereira, 2010; Palmeirinha, 2019; Tavares, 2020; Teixeira, 2021), o que pode incluir ajuda para contactar outras pessoas (amigos ou vizinhos que possam ajudar, o agente funerário, etc.). Também pode ser solicitada avaliação e acompanhamento da situação ao Psicólogo de serviço do INEM.

Meleis (2012) refere ainda a importância de, ao longo desse processo, se incluírem os padrões de reação da família e avaliar alguns indicadores, nomeadamente se ela se sente conectada, em interação, se está contextualizada na situação, se desenvolve confiança e se está enfrentando o problema. Assim, Pereira (2010) e Palmeirinha (2019) acrescentam a importância de reforçar os pontos fortes da família, deixá-la participar nos cuidados ao falecido, ajudá-los na divisão das tarefas que têm para realizar (relacionadas com a morte do familiar) e sugerir recorrer a grupos de apoio de autoajuda ou outras fontes (Psicólogo, Assistente Social, etc.).

Prevê-se que o impacto de uma má notícia, no seio familiar, se traduza sempre em vivências únicas, experienciadas de formas diferentes de pessoa para pessoa e com diversas consequências, que podem ou não, colocar em perigo a saúde física e mental. Por conseguinte, quando ocorre uma morte não podemos apenas pensar na comunicação da má notícia em si, pois a perda vem sempre associada a um processo de luto vivido de forma mais ou menos saudável (Pereira, 2008). É da reflexão sobre estes aspetos que surge o cuidado de Enfermagem, voltado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando na pessoa fatores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos direcionando-o para uma transição saudável, emergindo assim, o cuidado transacional (Zagonel, 1999).

Para que se atinja o desejável processo de transição saudável, a forma como a má notícia é transmitida é muito importante. Por isso, nessa fase inicial de transição, especialmente num contexto de morte súbita, situação muito frequente no meio extra-hospitalar, o enfermeiro tem de ser um profundo conhecedor do fenómeno “morte”, da CMN e da gestão do luto, tendo consciência das dificuldades que daí poderão surgir.

O uso desta teoria na prática da enfermagem permite facilitar as transições, o que no caso da CMN, para quem recebe a notícia, pode traduzir-se num menor sofrimento a curto prazo, e numa gestão de luto e reorganização da sua vida menos angustiante, facilitando o regresso a uma “vida normal” e prevenindo complicações (como por exemplo, depressões associadas ao luto prolongado).

Segundo Watson (2006), o cuidado de enfermagem vai além de cuidar da pessoa /família, implica também cuidar de si próprio. Enfermeiros e pessoas/família devem partilhar momentos de cuidado que atingem uma dimensão maior do que a soma de cada parte e a enfermeira potencializar a cura, transcendendo-se e envolvendo a sua própria humanidade (Watson, 2006). Os Dez Processos da Cáritas (Watson, 2006) são resultados dessa partilha de cuidados e são definidos pela autora como um “exemplo de mudança real”.

Quando se aborda o tema da CMN é imprescindível falar em sensibilidade cultural, empatia, compaixão, amor, partilha e espiritualidade (Lima, 2019; Landefeld, 2020), que nos levam a aceitar determinados atos/ações relacionados com crenças religiosas ou culturais (Ferreira, 2017) e que nos permitem sermos fonte de força e energia (Pinheiro, 2012; Porta, 2016), e agentes facilitadores na adaptação às novas vivências.

Na área da emergência, e em particular no meio pré-hospitalar, existe uma grande valorização do tecnicismo, das intervenções relacionadas com o tratamento do problema diagnosticado e coloca a pessoa em perigo de vida. Assim, parece existir dificuldade em ver a pessoa na sua dimensão psicossocial, ganhando claramente as disciplinas médicas e a precisão das tecnologias, sobre o misticismo, o religioso e espiritual.

Jean Watson baseia assim a sua teoria em dez fatores de cuidar (Processos da Cáritas) que deverão ser tidos em conta aquando a CMN: a formação de um sistema de valores humanístico-altruísta (prática de bondade com amor), tomar decisões (uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões), estimulação da fé e esperança, promoção do ensino-aprendizagem interpessoais (ir ao encontro das necessidades e estilos de



aprendizagem da pessoa cuidada), nutrir crenças e práticas espirituais individuais (cultivo da sensibilidade para consigo mesmo e com os outros), ter em conta as necessidades de cuidados holísticos (auxílio na satisfação das necessidades humanas), desenvolver uma relação de ajuda e confiança, criar um ambiente de cura (promoção de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio), promover a expressão (e aceitação) de sentimentos negativos e positivos, e finalmente, a permissão de forças fenomenológicas-existenciais (os “milagres”) (Tomey & Olligood, 2004; Watson, 2006; Porta, 2016).

O cuidado transpessoal é um conceito criado por Watson que propõe desviar o foco da enfermagem do seu atual modelo tecnicista, para dar ênfase ao processo de cuidado mais altruísta, social e espiritual. Deste modo, a teoria não menospreza e não deixa de reconhecer a necessidade do conhecimento técnico-científico para o cuidado à pessoa, mas complementa e amplia o aspeto social e espiritual, levando também ao autoconhecimento do próprio enfermeiro (Watson, 1985 citado por Silva et al, 2010)

Relativamente à CMN, Portas (2016) afirma que se deve procurar através do processo do cuidar e das transições do cuidar, o significado da existência, da desarmonia, através do sofrimento e do tumulto da pessoa, de forma a promover o autocontrolo, a escolha e auto-determinação nas decisões de saúde-doença.

O enfermeiro que participa no processo de comunicação de más notícias deve estar emocionalmente disponível para estabelecer uma relação que facilite o processo de CMN e isso implica conhecer os seus limites, dominar as suas emoções e procurar ir ao encontro do outro, respeitando e incentivando manifestações habituais do ponto de vista cultural, religioso e espiritual.

Conclusão

Sendo a comunicação uma das áreas basilares em enfermagem é premente o desenvolvimento de estratégias facilitadoras da comunicação e o desenvolvimento de um modelo comunicacional que facilite a transmissão de comunicação efetiva em contextos mais delicados e específicos. Tendo por base os modelos teóricos enunciados considera-se exequível a criação de um modelo orientador para uma intervenção de enfermagem mais efetiva, facilitadora da vivência de uma experiência marcante como é a receção de uma má notícia em contexto de emergência extra-hospitalar.

Essa revisão vem deste modo afirmar a viabilidade (e necessidade) de um modelo de gestão da CMN, guiando a intervenção dos enfermeiros de emergência extra-hospitalar, também com o intuito de fundamentar e justificar o seu papel ao longo do processo de transição que se inicia.

O conceito de transição é consistente com a filosofia de saúde holística. Pensar na pessoa em termos de transições promove a continuidade não apenas através do tempo, mas também através das suas várias dimensões. Encarando a transição como um processo, o objetivo será antecipar os pontos em que a pessoa está mais vulnerável no que respeita à sua saúde. Podendo, então, ser dirigidos esforços no sentido de a preparar, estabelecer e reforçar as suas defesas. e reduzir riscos. A prática da Enfermagem baseada no modelo transacional terá como objetivo que a pessoa se encontre não só mais confortável e mais capaz de lidar com problemas num momento/acontecimento específico, mas também mais capacitado para a proteger e promover no futuro. Desta forma, poderão alcançar os desejáveis processos de transição saudáveis.

Apesar de habitualmente o médico assumir a responsabilidade da CMN com naturalidade, por ser ele a formular o diagnóstico e a verificar o óbito, defende-se que os enfermeiros devem sempre acompanhar o médico, em complementaridade, e prestar os seus cuidados a quem deles necessita. Os enfermeiros são profissionais de saúde que compreendem o significado do diagnóstico/prognóstico médico efetuado; são sensíveis às perturbações que essa notícia pode trazer à pessoa e/ou família e detêm conhecimentos que lhes permitem permanecer junto da pessoa e/ou família, sendo que, numa abordagem holística e espiritual, devem ser facilitadores no processo de comunicação do problema em causa.

Limitações do estudo

Não ter sido possível encontrar publicações relacionadas com o papel do enfermeiro na Comunicação de Más Notícias, em contexto extra-hospitalar, constituiu uma grande limitação nesta revisão.

Contribuição do estudo para a prática de enfermagem

Acredita-se que a enfermagem na área da emergência extra-hospitalar ainda se encontra pouco estudada, a nível nacional e internacional. Espera-se assim que esse estudo seja mais um contributo para a afirmação das competências e domínio de atuação dos enfermeiros desse contexto, em especial relativamente à Comunicação de Más Notícias.

Agradecimentos

Esse artigo contribui para o desenvolvimento do Doutoramento em Ciências de Enfermagem da primeira autora (HM).

Referências bibliográficas

- Borges, M.D.S., Freitas, G., & Gurgel, W. (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. <https://dx.doi.org/10.18569/tempus.v6i3.1159>
- Brito, F.B.M., Costa, I.C., Costa, S.F.G., Andrade, C.G., Santos, K.F.O. & Francisco, D.P. (2014). Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégias adotadas para humanizar o cuidar em enfermagem. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*. 18(2).<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140046>
- Camargo, N., Lima, M., Brietzke, E., Mucci, S. & Góis, A. (2019). Ensino de comunicação de más notícias: revisão sistemática. *Revista Bioética*, 27(2), 326-340. <http://www.scielo.br/j/bioet/a/GmHzf35H3z8tHBnCr8dQNHf/%3Flang%3Dpt+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Costa, M. (2009). Reflectindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. *Nursing*, 251, 36-42.
- Costa, A.S.J. (2014). Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/37133>
- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*. 15(3). <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Edwards M. (2013). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing & Residential Care*. MAG Online Library. 12(10). <https://doi.org/10.12968/nrec.2010.12.10.78407>
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E., Nóbrega, M. M., Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20045. <https://doi.org/10.12707/RV20045>
- Ferreira, M.A.M. (2017). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família: Intervenções de enfermagem. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21165/1/TESE%20FINAL%20Mafalda%20Ferreira.pdf>
- Fontes C.M.B., Menezes D.V., Borgato M.H., Luiz M.R. (2017). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira de Enfermagem* (70), 1089–1095.
- Landefeld, S.L. (2020). Nurse Dir Nurse Directed Palliative Care Discussions in the Emergency Department. (Dissertação de doutoramento, Universidade de Walden Maryland). <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=9740&context=dissertations>
- Lima, D.R.A. (2019). Assistência de Enfermeiros à mulher com câncer de mama em cuidados paliativos à luz da Teoria de Jean Watson. (Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal da Paraíba). <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/16955>
- Malta, H. F. (2016). Enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação: Que competências? (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Mc Ewen, M. & Wills, E.M. (2019). *Theoretical Basis for Nursing 5th Edition*. Philadelphia.: Wolters Klumer. ISBN 9781496351203.
- Meleis, A.I., Sawyer L., Im, E., Schumacher, K., & Messias, D. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.



- Meleis, A.I., & Im, E.O.(2000)- From fragmentation to integration: Situation specific theories. In N.L. Chaska (Ed.). *The Nursing Profession: Tomorrow and Beyond*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications 881-891.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.^ª Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health / Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation Specific in Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, ISBN: 9780826105356.
- Meleis, A. I. (2015). The Undealing Transition: Toward Becoming a Former Dean. *Nursing Outlook*. 64 (2), 186-196.
- Meleis, A. et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Parecer sobre comunicação de óbito aos familiares dos utentes (Parecer CJ 153/2013). <https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/conteudos/parecer-sobre-comunica%C3%A7%C3%A3o-de-%C3%B3bito-aos-familiares-dos-utentes/>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Palmeirinha, C.S.G.L. (2019) - Transição da Pessoa com Doença Oncológica Avançada de Oncologia para Cuidados Paliativos: O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Dissertação de mestrado, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João De Deus). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28850/1/Relatorio%20mestrado_Carla_Palmeirinha_Final_Corrigido.pdf
- Parker, R.M. & Tillerson, C.L.- (2014). Watson’s caring theory and the care of pediatric cancer patient. *JOCEPS: The Journal of Chi Eta Phi Sorority*. 1, 16-19. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=185f67d6-1eb6-4ac0-b109-26ceeb709a68%40redis>
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Goffman, T.C.& Mulrow, C.D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 372(71). <https://doi:10.1136/bmj.n71>
- Pereira, A., Fortes, I. & Mendes, J. (2013). Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE*;7(1), 227-235.
- Pereira, C.A.A. (2010). A Vivência da Morte de um Familiar no Serviço de Urgência: Contributos Da Enfermagem (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26912/3/Tese%20Carina.pdf>
- Pereira, M. A. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. Formasau: Coimbra. ISBN: 978-972-8485-92-4.
- Pereira, C.A.A. (2010). A Vivência da Morte de um Familiar no Serviço de Urgência: Contributos Da Enfermagem. (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26912/3/Tese%20Carina.pdf>
- Pinheiro, U.M.S. (2012). Más notícias em Oncologia: O caminho da comunicação na perspectiva de médicos e enfermeiros (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Maria). <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7352/PINHEIRO%2c%20URSULA%20MARIA%20STOCKMANN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Porta, P.L.C. (2016). Transmissão de más notícias (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa). Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/21901>
- Sapeta, P.& Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. *Rev. Referência* 2(4), 35-57.
- Silval, A. E., Duarte, E. D., & Fernandes, S. (2021). Palliative care production for health professionals in the context of home care. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0030>
- Silva, C.M.C., Valente, G.S.C., Bitencourt, G.R. & Brito, L.N. (2010). A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: análise segundo Meleis. *Cogitare enferm*, 15(3), 548-551. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27090>
- Tavares, P. (2020). Fatores Determinantes na Transição para Cuidados Paliativos: Perspetiva do Perito em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129207/2/418965.pdf>



Ferreira Malta, H., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. A. (2023). Comunicação de más notícias perspectivada segundo Meleis e Watson: Uma revisão narrativa. *Servir*, 2(04), e28390. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28390>

- Teixeira, D. (2021). A Morte de Jovens em Contexto de Urgência: vivências dos enfermeiros. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho). <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/74962/1/Diana%20Fernandes%20Teixeira.pdf>
- Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma Teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
- Zagonel, I.P.S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 7(3), 25-32.

ÍNDICE DE CHOQUE E DE MORTALIDADE EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL ASSISTIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

SHOCK AND MORTALITY RATE IN VICTIMS OF INTERPERSONAL VIOLENCE ASSISTED IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

SHOCK Y TASA DE MORTALIDAD EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTERPERSONAL ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Natália Almeida Lopes Figueiredo¹
Madalena Cunha²

¹Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal (nataliafigueiredo@sapo.pt)
<https://orcid.org/0000-0002-8729-0973>

²Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Viseu Portugal; Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra, Portugal; SIGMA – Phi Xi Chapter, ESEnC, Coimbra, Portugal; CIEC- UM, Braga, Portugal (<https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>) | <https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

Corresponding Author

Natália Almeida Lopes Figueiredo
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE- Av. Rei D.
Duarte
3504-509 Viseu, Portugal
nataliafigueiredo@sapo.pt

RECEIVED: 31st October, 2022
ACCEPTED: 16th January, 2023
PUBLISHED: 6th March, 2023

Servir, 2(04), e28429

DOI:10.48492/servir0204.28429

2023



RESUMO

Introdução: O conhecimento do índice de choque e de mortalidade das vítimas de violência interpessoal permite implementar intervenções ajustadas com o intuito de aumentar a sua sobrevivência.

Objetivo: Determinar o índice de choque e de mortalidade em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência.

Métodos: Estudo observacional, com coorte transversal e foco retrospectivo, numa amostra de 221 vítimas de violência interpessoal, admitidas no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal. Foram aplicadas as escalas Schok Índex (Mutschler, et al., 2013) e a MGAP (Sartorius et al., 2010). O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da instituição.

Resultados: Predomínio no género masculino (63.0%) com média de idades de 45.6 anos, com maior registo de admissões ao domingo (18.5%), no período da tarde (54.0%), com prioridade urgente (67.5%) e discriminador “dor moderada” (50.0%), com maior registo de violência física (99.5%). O choque ligeiro (60.7%) e o baixo índice de mortalidade (95.4%) foram os mais representativos.

Conclusão: Deve ser dada especial atenção às vítimas de violência na comunidade e mais jovens. A aplicação das escalas Schok Índex e MGAP, permite estabelecer intervenções diferenciadas de acordo com as alterações hemodinâmicas da vítima, reduzindo o risco de mortalidade.

Palavras-chaves: violência interpessoal; índice de choque; índice de mortalidade; urgência

ABSTRACT

Introduction: The Knowledge of the shock and mortality rate of these victims of interpersonal violence allows to implement adjusted interventions in order to increase their survival.

Objective: To determine the rate of shock and mortality in victims of interpersonal violence assisted in the emergency department.

Methods: Observational study, with a cross-sectional cohort and retrospective focus, in a sample of 221 victims of interpersonal violence, admitted to the emergency department of a hospital in the central region of Portugal. The Schok Index (Mutschler, et al., 2013) and MGAP (Sartorius et al., 2010) scales were applied. The study received a favorable opinion from the Ethics Committee for Health of the institution.

Results: Male predominance (63.0%) with a mean age of 45.6 years, with a higher record of admissions on Sunday (18.5%), in the afternoon (54.0%), with urgent priority (67.5%) and discriminator “pain moderate” (50.0%), with a higher record of physical violence (99.5%). Mild shock (60.7%) and low mortality rate (95.4%) were the most representative.

Conclusion: Giving special attention to victims of violence in the community and younger. The application of the Schok Index and MGAP scales allows establishing differentiated interventions according to the victim’s hemodynamic changes, reducing the risk of mortality.

Keywords: interpersonal violence; shock index; mortality rate; urgency

RESUMEN

Introducción: El conocimiento del shock y la tasa de mortalidad de las víctimas de violencia interpersonal permite implementar intervenciones ajustadas para aumentar su supervivencia.

Objetivo: Determinar la tasa de shock y mortalidad en víctimas de violencia interpersonal atendidas en el servicio de urgencias.

Métodos: Estudio observacional, de cohorte transversal y enfoque retrospectivo, en una muestra de 221 víctimas de violencia interpersonal, ingresadas en el servicio de urgencias de un hospital de la región central de Portugal. Se aplicaron las escalas Schok Index (Mutschler, et al., 2013) y MGAP (Sartorius et al., 2010). El estudio recibió opinión favorable del Comité de Ética en Salud de la institución.

Resultados: Predominio del sexo masculino (63,0 %) con una edad media de 45,6 años, con mayor registro de ingresos el domingo (18,5 %), por la tarde (54,0 %), con prioridad urgente (67,5 %) y discriminador “dolor moderado” (50,0%), con mayor registro de violencia física (99,5%). El shock leve (60,7%) y la baja tasa de mortalidad (95,4%) fueron los más representativos.

Conclusión: Debe prestarse especial atención a las víctimas de violencia en la comunidad y más jóvenes. La aplicación de las escalas Índice de Schok y MGAP permite establecer intervenciones diferenciadas según los cambios hemodinámicos de la víctima, reduciendo el riesgo de mortalidad.

Palabras Clave: violencia interpersonal; índice de choque; tasa de mortalidad; urgencia

Introdução

A violência, em todas as suas dimensões, é considerada um problema de Saúde Pública, com impacto negativo na vida do cidadão em qualquer fase do ciclo vital. Anualmente, milhões de pessoas perdem a vida ou ficam incapacitadas em consequência de lesões causadas por atos de violência interpessoal.

As ocorrências por crime e violência em Portugal, registadas no ano 2021, foram de 29.3%, sendo 4.7% de crime contra a integridade física (INE, 2022). No topo dos crimes mais referenciados, destacam-se os crimes contra as pessoas (APAV, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define a violência interpessoal como todo o tipo de violência que ocorre entre membros de uma família, parceiros íntimos, amigos, conhecidos e desconhecidos, incluindo os maus-tratos contra as crianças, mulheres e idosos (OMS, 2014).

A violência interpessoal integra a violência familiar /parceiros íntimos (toda aquela que ocorra entre parceiros íntimos, nas relações de intimidade e/ou conjugalidade, violência no namoro tanto em casais heterossexuais como homossexuais) e a violência na comunidade (inclui as situações de violência perpetrada no círculo de pessoas próximas de quem é maltratado, como a que ocorre fora dele, assim como, violência juvenil, atos variados de violência, assédio e abuso sexual ou violação por estranhos, violência no contexto laboral, estabelecimentos prisionais, lares de acolhimento enquanto estratégias de coação psicológica) (DGS, 2016).

Face ao aumento da procura dos serviços de urgência pelas vítimas de violência interpessoal, justifica-se a tomada de iniciativas no quadro do Sistema de Saúde, na perspetiva de aperfeiçoar os modelos organizacionais dos serviços, incrementando a qualificação dos profissionais de saúde.

A violência física demonstra-se mais prevalente, de certa forma, expectável uma vez que pela gravidade das lesões em consequência da agressão, as vítimas recorrem aos serviços de saúde na procura de cuidados diferenciados. Parece-nos assim, pertinente estudar a violência em contexto de trauma, já que as vítimas que procuram os cuidados de saúde, são na sua maioria, vítimas de agressão de natureza física.

O termo “trauma” é usado para definir ou descrever as lesões causadas por um evento que gera um ferimento de maneira inesperada, ou seja, danos causados por acidentes, violência ou agressões (Bossoni, 2021). Quando a vítima recorre ao serviço de urgência, necessita de uma avaliação adequada, podendo haver necessidade de em algumas circunstâncias, de acordo com a gravidade da situação clínica da vítima, ser necessário o controle de hemorragias e avaliação do estado geral, promovendo intervenções adequadas, para manter a vida e evitar sequelas daquela pessoa.

A estratificação da gravidade de trauma através de escalas pode orientar a tomada de decisão clínica no atendimento da vítima, como orientar para procedimentos cirúrgicos que devem ou não ser realizados. Estes sistemas de estratificação também otimizam a comunicação entre os profissionais de saúde, padronizando a linguagem utilizada e contribuindo para o controle de qualidade dos serviços no atendimento de vítimas de trauma (Milton et al., 2021).

Nos últimos anos, uma ampla gama de Trauma Scoring Systems (TSS) foi desenvolvida. Neste estudo pretende-se verificar a aplicabilidade das escalas Schok Index (SI) e a Mechanism/Glasgow coma scale/Age/Pressure (MGAP) score.

A aplicação do SI e da MGAP pode ser facilmente realizado no cenário de trauma (contexto pré-hospitalar) e no ambiente hospitalar. Além disso, ambas as escalas são preditoras da gravidade de trauma e do índice de mortalidade da vítima, permitindo ajudar os profissionais de saúde nos serviços de urgência a reconhecer a gravidade do trauma, determinar intervenções diferenciadas e adequadas ao doente de forma mais célere.

Constitui-se assim importante conhecer o índice de choque e de mortalidade destas vítimas, estratificado pelas escalas SI e MGAP, a fim de atingir uma prestação de cuidados de excelência.



Este estudo integra-se no projeto de Investigação “Evidências para Não Arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta” (código de referência/ identificação: PROJ/UniCiSE /2017/0001), da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV).

Os serviços de urgência são a unidade de saúde com maior probabilidade de admissão de vítimas de violência interpessoal, justificando para o estudo ser implementado num serviço de urgência da região centro, nomeadamente no Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV), EPE – Serviço de Urgência Polivalente, num período de um ano, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2020.

Na procura de novo conhecimento que fundamente boas práticas sobre esta problemática, emergem questões às quais procuraremos dar resposta, partindo das seguintes questões gerais de investigação: Qual o índice de choque e de mortalidade em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência?

No intuito de dar resposta a estas questões orientadoras, este estudo pretende responder aos seguintes objectivos: Determinar o índice de choque e o índice de mortalidade mais prevalentes nas vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência.

1. Métodos

Estudo observacional com análise quantitativa, coorte transversal e foco retrospectivo, através de recolha de dados clínicos em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência numa região do centro de Portugal. A população centra-se em indivíduos adultos com idade igual ou superior a 18 anos.

1.1 Amostra

A amostra é do tipo não probabilística por conveniência, integrando 211 vítimas que foram admitidas no serviço de urgência polivalente, no ano de 2020, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro. Considerou-se como critério de inclusão todas as pessoas admitidas no serviço de urgência polivalente, com idade igual ou superior a 18 anos, vítimas de violência interpessoal, com diagnóstico de agressão.

1.2 Instrumentos de recolha de dados

A Grelha de recolha de dados construída por Figueiredo & Cunha (2021), é constituída por itens referentes às variáveis sociodemográficas (idade; género; nacionalidade; estado civil; local de residência; distrito da residência), variáveis de contexto da agressão (data de admissão; dia da semana, número de idas ao serviço de urgência por agressão e transporte), variáveis de contexto clínico (fluxograma de triagem Manchester; discriminador; prioridade atribuída; parâmetros vitais tais como: dor, escala de coma de glasgow (ECG), tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), saturação periférica de oxigénio (SpO2); agente de agressão, localização da lesão, alterações emocionais, psicológicas e comportamentais, tipologia e natureza da agressão, tempo de permanência no serviço de urgência, lesão, exames complementares de diagnóstico (ECD), encaminhamentos e destino) e variáveis antecedentes pessoais (patologia psiquiátrica, consumo de substâncias, consumo de fármacos e história prévia de violência).

Para a análise o índice de choque aplicou-se a escala de SI que é considerada uma escala preditora confiável de hipovolémia em doentes com trauma. A mesma resulta da divisão da FC pela PAS. Mutschler, et al., (2013), citado por Mota, et al., (2021), estratificam o SI em 4 classes. A operacionalização desta variável corresponde às quatro classes da estratificação do índice de choque destes autores, tal como descrito na tabela 1. Quanto maior o score final e consequentemente a classe atribuída, maior é a gravidade e o risco de choque hemorrágico da vítima.

Tabela 1 – Operacionalização da variável índice de choque pela escala shock index

Classe	Índice de choque
I	Sem choque (< 0.6)
II	Choque ligeiro (≥ 0.6 e < 1.0)
III	Choque moderado (≥ 1.0 e < 1.4)
IV	Choque grave (≥ 1.4)

Fonte: Mutschler, M., Nienaber, U., Münzberg, M., Wöfl, C., Schoechl, H., Paffrath, T., Bouillon, B., & Maegele, M. (2013). The Shock Index revisited—a fast guide to transfusion requirement? A retrospective analysis on 21,853 patients derived from the TraumaRegister DGU®. *Critical Care*, 17(4), R172. <https://doi.org/10.1186/cc12851>

Para aferir a variável índice de mortalidade foi aplicada a escala MGAP. Sartorius, et al. (2010) citado por Rahmani, et al. (2017), demonstraram que o mecanismo de trauma, o índice de reatividade de Glasgow, a idade e a pressão arterial sistólica (MGAP) podem prever com precisão a taxa de mortalidade dos doentes com trauma admitidos no serviço de urgência. O score da escala varia de 3 e 29, sendo definidos três níveis de gravidade, tal com se encontra descrito na tabela 2. Quanto menor o score final, maior o risco de mortalidade da vítima.

Tabela 2 – Operacionalização do índice de mortalidade pela escala MGAP

Variáveis	Scores	Índice de mortalidade
Idade		
< 60 anos	5	
> 60 anos	0	
Escala de Coma de Glasgow	3-15 (índice de reatividade de glasgow)	Baixo risco (23- 29)
Mecanismo de trauma		Risco intermédio (18- 22)
Contundente	4	
Penetrante	0	Alto risco (3- 18)
TAS		
> 120 mmHg	5	
60 – 120 mmHg	3	

Fonte: Rahmani, et al., (2017). Evaluation of MGAP and GAP trauma scores to predict prognosis of multiple-trauma patients. *Trauma Monthly*

1.3 Procedimentos

O estudo integra-se no Projeto de investigação “Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta”, realizado em parceria UniCise, da ESSI do Instituto Politécnico de Viseu e o CHTV. Obteve autorização do Conselho de Administração do CHTV, com parecer favorável da Comissão de Ética da instituição, com a referência 07/14/05/2021, emitido a 14 de maio de 2021. Toda a informação recolhida foi sujeita a pseudoanonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Para a análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva e à análise inferencial, sendo o tratamento estatístico processado através do programa SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, utilizaram-se o nível de significância de 5%.

2. Resultados

A amostra contém 211 vítimas, com uma idade mínima de 18 anos e máxima de 88 anos e uma média de idades de 45.6 anos (dp = ± 17 anos). Distribui-se em 133 vítimas do género masculino (63.0%) e 78 vítimas do género feminino (37.0%).

Prevalencem as vítimas com idade entre os 18 anos e os 49 anos (58.8%), sendo o género masculino mais representativo (40.3%) em relação ao género feminino (18.5%). Residentes na sua maioria em meio rural (56.4%), sendo 37.9% do género masculino e 18.5% do género feminino, no distrito de Viseu (93.8%), com nacionalidade portuguesa (98.6 %) e estado civil, após recodificação da variável em: sem companheiro que engloba os solteiros, divorciados e viúvos e



com companheiro que anexa os casados e os que coabitam em união de facto, verifica-se que 66.7% coabitam com companheiro, sendo que, no género feminino prevalecem as vítimas que coabitam com companheiro (54.2%) e no género masculino predominam os que vivem sem companheiro (29.2%), tal como poderemos confirmar pela tabela 3.

Tabela 3 – Variáveis sociodemográficas em função do género

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	P
	N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Grupo etário										
<35 anos	17	8.1	45	21.3	62	29.4	-1.9	1.9	6.725	0.081
35-49 anos	22	10.4	40	19.0	62	29.4	-0.3	0.3		
50-64 anos	24	11.4	36	17.1	60	28.4	0.6	-0.6		
>65 anos	15	7.1	12	5.7	27	12.8	2.1	-2.1		
Residência										
Urbano	39	18.5	53	25.1	92	43.6	1.4	-1.4	2.060	0.151
Rural	39	18.5	80	37.9	119	56.4	-1.4	1.4		
Distrito										
Viseu	70	33.2	128	60.7	198	93.8	-1.9	1.9	3.590	0.058
outro	8	3.8	5	6.2	13	6.2	1.9	-1.9		
Nacionalidade										
Portuguesa	77	36.5	131	62.1	208	98.6	0.1	-0.1	0.017	0.896
Outra	1	0.5	2	0.9	3	1.4	1.4	-1.4		
Estado Civil										
Sem companheiro	1	4.2	7	29.2	8	33.3	-3.2	3.2	10.371	0.001
Com companheiro	13	54.2	3	12.5	16	66.7	3.2	-3.2		

Pela análise da tabela 4, apuramos que o turno da tarde foi o mais registado na admissão ao SU com 114 vítimas (54.0%), sendo 34.6 % do género masculino e 19.4 % do género feminino. O dia da semana mais representativo foi o domingo com 39 vítimas admitidas (18.5 %), prevalecendo o género masculino (13.3 %), seguido do sábado (17.5 %) e quinta-feira (16.6 %). Como número de idas ao SU, o registo de um episódio único de admissão foi o mais prevalente (92.9%) em ambos os géneros, no entanto, quando existe mais do que um episódio de admissão, o género masculino (4.3 %) prevalece sobre o género feminino (2.8%). O transporte por meios INEM/ Ambulância foram os mais utilizados (63.5 %), seguido do transporte próprio (32.2%). O fluxograma mais atribuído foi o da agressão (82.5 %), no entanto, verificou-se que 17.5 % das vítimas foram triadas por outros fluxogramas tais com: cefaleia, dor cervical, dor lombar, dor torácica, feridas, grande traumatismo, mordeduras e picadas, queda, TCE, estado de inconsciência/síncope, problemas nos membros, problemas faciais, problemas oftalmológicos, problemas nos ouvidos, por não terem especificado no momento de triagem terem sido vítimas de agressão. A dor moderada foi o discriminador mais atribuído (47.4 %), com maior prevalência na prioridade urgente (77.7 %) em ambos os géneros, assim como a dor moderada (75.8 %) e o índice de reatividade de Glasgow sem alterações (98.6 %), ou seja, com um score na ECG de 15. A maioria das vítimas não realizou colheita para determinação da taxa de alcoolémia (69.7 %), no entanto, das que a realizou, destacou-se o género masculino com valores de alcoolémia superior ou igual a 0.5 g/l em 18.5 %. Predominou a violência física (99.5%) e a violência não específica (49.3%). Das vítimas em que foi possível classificar o tipo de violência sofrida, observa-se maior prevalência da violência na comunidade (25.6%), de igual modo para o género masculino (14.2%). Já para o género feminino predomina a violência familiar/ parceiros íntimos (18.0%).

Apuramos que a patologia psiquiátrica em 16.6% das vítimas foi mais representativa no género feminino (9.5%) do que no género masculino (7.1%) e que o consumo de substâncias (droga e álcool) registados em 17.1% das vítimas foi mais prevalente no género masculino (15.2%) do que no género feminino (1.8%), sendo mais representativo o consumo

de álcool do que o consumo de droga (10% VS 0.9%) no género masculino. O consumo de fármacos (psicofármacos e outros fármacos) em 12.3% das vítimas foi mais prevalente no género feminino (8.6%) do que no género masculino (3.7%) e o registo de história prévia de violência observado em 9.0% das vítimas, pontuou mais no género masculino (5.2%) do que no género feminino (3.8%). Processada a recodificação da variável antecedentes pessoais, constitui-se dois grupos (sem antecedentes e com antecedentes) de forma a possibilitar o tratamento estatístico desta variável. Sem antecedentes pessoais, registamos mais de metade das vítimas (63.5%) e com antecedentes, o maior percentual (21.3%) recai sobre o género masculino, enquanto o género feminino corresponde a 15.2%.

As vítimas permaneceram em média 5 horas e 59 minutos no serviço de urgência. O agente de agressão com maior registo foi o contundente (89.6%) e a localização da agressão mais prevalente foi o crânio (46.9%), seguido da face (44.1%) e dos membros superiores (33.2%). As feridas (28.4%), os hematomas (25.1%) e o edema (17.1%), em ambos os géneros foram as lesões com maior registado. Como exames complementares de diagnóstico (ECD) realizados, prevaleceram as radiografias (79.15%), a TAC (66.8%) e as análises (18.9%).

As vítimas foram maioritariamente encaminhadas para a consulta de medicina geral e familiar (31.3%), Otorrinolaringologia (5.7%), maxilofacial e ortopedia em 3.8%. A consulta de enfermagem foi também a que apresentou maior registo (27.0%), por necessidade de continuidade de medidas terapêutica.

A maioria das vítimas teve alta para o domicílio (88.6%), 4.7% tiveram necessidade de internamento pela gravidade das lesões e estado clínico da vítima e 5.2 % abandonaram o serviço contra parecer médico.

Tabela 4 – Caracterização do contexto de agressão em função do género

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
	N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Turno de entrada										
Noite	13	6.2	41	19.4	54	25.6	-2.3	2.3	10.456	0.005
Manhã	24	11.4	19	9.0	43	20.4	2.9	-2.9		
Tarde	41	19.4	73	34.6	114	54.0	-0.3	0.3		
Dia da semana										
Domingo	11	5.2	28	13.3	39	18.5	-1.3	1.3	11.024	0.088
2ª feira	15	7.1	12	5.7	27	12.8	2.1	-2.1		
3ª feira	10	4.7	15	7.1	25	11.8	0.3	-0.3		
4ª feira	3	1.4	14	6.6	17	8.1	-1.7	1.7		
5ª feira	17	8.1	18	8.5	35	16.6	1.6	-1.6		
6ª feira	9	4.3	22	10.4	31	14.7	-1.0	1.0		
Sábado	13	6.2	24	11.4	37	17.5	-0.3	0.3		
Idas ao SU										
Uma	72	34.1	124	58.8	196	92.9	-0.3	0.3	0.064	0.801
Duas ou mais	6	2.8	9	4.3	15	7.1	0.3	-0.3		
Transporte										
INEM /Ambulância	50	23.7	84	39.8	134	63.5	0.1	-0.1	0.059	0.971
Próprio	25	11.8	13	20.4	68	32.2	0.0	0.0		
Outro	3	1.4	6	2.8	9	4.3	-0.2	0.2		
Fluxograma										
Agressão	65	30.8	109	51.7	174	82.5	0.3	-0.3	0.065	0.799
Outros	13	6.2	24	11.4	37	17.5	-0.3	0.3		



Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
	N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Discriminador										
Dor ligeira	11	5.2	13	6.2	24	11.4	1.0	-1.0	13.823	0.032
Dor moderada	44	20.9	56	26.5	100	47.4	2.0	-2.0		
Dor severa	3	1.4	1	0.5	4	1.9	1.6	-1.6		
Hist. Perda consciência	3	1.4	5	2.4	8	3.8	1.6	-1.6		
P/G hemorragia	8	3.8	39	18.5	47	22.3	-3.2	3.2		
Problemas Recentes	1	0.5	3	1.4	4	1.9	-0.5	0.5		
Outro	8	3.8	16	7.6	24	11.4	0.4	0.4		
Prioridade										
Sem prioridade	2	0.9	1	0.5	3	1.4	1.1	-1.1	5.428	0.365
Não urgente	2	0.9	0	0.0	2	0.9	1.9	-1.9		
Pouco urgente	11	5.2	18	8.5	29	13.7	0.1	-0.1		
urgente	58	27.5	106	50.2	164	77.7	-0.9	0.9		
Muito urgente	5	2.4	7	3.3	12	5.7	0.3	-0.3		
Emergente	0	0.0	1	0.5	1	0.5	-0.8	0.8		
Dor										
Sem dor (0)	1	0.5	2	0.9	3	1.4	-0.1	0.1	1.380	0.710
Dor ligeira (1-4)	14	6.6	27	12.8	41	19.4	0.4	0.4		
Dor moderada 5-7)	59	28.0	101	47.9	160	75.8	0.0	0.0		
Dor severa (8-10)	4	1.9	3	1.4	7	3.3	1.1	-1.1		
Índice reatividade Glasgow										
Sem alteração (GCS=15)	77	36.5	131	62.1	208	98.6	0.1	-0.1	0.017	0.896
Alt. Significativa (GCS<13)	1	0.5	2	0.9	3	1.4	-0.1	0.1		
Alcoolémia										
Sem análise	70	33.2	77	36.5	147	69.7	4.9	-4.9	26.445	0.000
Sem alcoolémia	6	2.8	17	8.1	23	10.9	-1.1	1.1		
Com alcoolémia	2	0.9	39	18.5	41	19.4	-4.7	4.7		
Tipo de violência										
Violência familiar/ parc. Íntimo	38	18.0	15	7.1	53	25.1	6.1	-6.1	49.522	0.000
Violência na comunidade	24	11.4	30	14.2	54	25.6	1.3	-1.3		
Não específica	16	7.6	88	41.7	104	49.3	-6.4	6.4		
Natureza violência										
Física	77	36.7	132	62.9	209	99.5	-1.3	1.3	1.700	0.192
Psicológica	1	0.5	0	0.0	1	0.5	1.3	-1.3		
Antecedentes pessoais										
Sem antecedentes	46	21.8	88	41.7	134	63.5	-1	1	1.097	0.295
Com antecedentes	32	15.2	45	21.3	77	36.5	1	-1		

Índice de choque

O índice de choque, aferido pela escala SI, variou entre um mínimo de 0.3 e um máximo de 1.0, com uma média de 0.63. Apurou-se que 62.6% das vítimas apresentou risco de choque ($SI \geq 0.6$), com 60.7% com índice de choque ligeiro (≥ 0.6 e < 1.0) e 1.9% das vítimas apresentou índice de choque grave (≥ 1.4), tal como descrito na tabela 5.

Estes resultados corroboram os resultados de Cherry et al., (2015), num estudo realizado com 170 utentes, apurando que 76% apresentavam choque ligeiro e 24% choque moderado a grave. Althunayyan, (2019), realizou uma revisão da literatura de estudos sobre a aplicação da escala shock index (SI) pré-intubação com hipotensão após intubação e paragem cardíaca em contexto de urgência e cuidados intensivos. Verificou que existe um consenso entre os estudos

em urgência, que demonstraram a confiabilidade da aplicação da escala SI para prever o risco de hipotensão e paragem cardíaca pós-intubação. Nos estudos realizados nas unidades de cuidados intensivos, valores de SI $\geq 0,9-1.0$ são preditores de hipotensão e paragem cardíaca pós-intubação. Segundo os mesmos autores, o grande poder preditivo revelado a partir destes estudos e a simplicidade do uso da escala SI pré-intubação foi considerada importante e incentivadora da sua aplicação na prática clínica em todas as intubações hospitalares.

Łkoch et al., (2019) refere que o SI é baseado em fatores disponíveis no momento da admissão e acolhimento da vítima, calculado no imediato quer no serviço de urgência quer no pré-hospitalar, e que, valores de SI > 0.7 demonstraram correlação direta com o aumento da probabilidade de choque, internamento e mortalidade.

Índice de mortalidade

O índice de mortalidade apurado pela escala MGAP, variou entre um mínimo de 20 e um máximo de 29, com uma média de 27.22. Apurou-se que 95.4% das vítimas apresentou baixo índice de mortalidade (MGAP entre 23-29 pontos) em ambos os géneros, o que significa, um baixo risco de gravidade e elevada probabilidade de sobrevida, tal como descrito na tabela 5.

Estes dados corroboram os resultados de Mota et al., (2021), no estudo realizado em vítimas de trauma, onde apurou que na primeira abordagem da vítima em meio pré-hospitalar o índice de mortalidade obtido pela MGAP demonstrou que 20,0% (n = 121) das vítimas, apresentava estado clínico desfavorável (> 18 pontos) e 80% baixo risco de mortalidade (> 23 pontos).

Tabela 5 – Índice de choque e de mortalidade em função do género das vítimas de agressão

Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Variáveis	(78)	(37.4)	(133)	(62,6)	(211)	(100.0)		
Índice de choque								
Sem choque	29	37.2	50	37.4	79	37.4	-0.1	0.1
Choque ligeiro	49	62.8	79	59.4	128	60.7	0.5	-0.5
Choque moderado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	--	--
Choque grave	0	0.0	4	3.0	4	1.9	-1.5	1.5
Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
Variáveis	N	%	N	%	N	%	1	2
	(76)	(38.6)	(121)	(61.4)	(197)	(100.0)		
Índice mortalidade								
Baixo risco	71	93.4	117	96.7	188	95.4	-1.1	1.1
Risco moderado	5	6.6	4	3.3	9	4.6	1.1	-1.1
Alto risco	0	0.0	0	0.0	0	0.0	--	--

Inferiu-se que a idade influencia o índice de choque e de mortalidade ($p= 0.000$), ou seja, quanto mais jovens maior é o risco de choque e de mortalidade.

A violência na comunidade ($p=0.000$) e o tempo de permanência no SU ($p= 0.012$) inferior a 240 minutos influenciam o índice de mortalidade. Estes dados podem ser justificados pelo uso de força e brutalidade no ato de violência, nos jovens masculinos em contexto social noturno em bares, sob o efeito de álcool e substâncias, predispondo à ocorrência de lesões com maior gravidade e por isso, menor tempo de permanência no SU por necessidade de cuidados diferenciados e transferência da vítima para outros serviços tais como bloco operatório e unidade de cuidados intensivos (tabela 6).



Tabela 6 – Influência das variáveis sobre o índice de choque e de mortalidade

Variáveis	Índice de choque Ordenação média	Índice de mortalidade Ordenação média	Teste
Idade			
<34 anos	121,89	113,71	Kruskal-Wallis
35-49 anos	125,11	113,93	
50-64 anos	83,36	104,10	
>65 anos	75,94	22,46	
Valor teste e (p)	25.07 (0.000)	66.63 (0.000)	
Género			
Feminino	104.42	98.16	U Mann-Whitney
Masculino	106.92	99.53	
Valor teste e (p)	5064.0 (0.774)	4534.0 (0.857)	
Estado civil			
Sem companheiro	12.06	10.00	U Mann-Whitney
Com companheiro	12.72	12.20	
Valor teste e (p)	60.50 (0.830)	42.00 (0.433)	
Residência			
Urbano	106.45	102.38	U Mann-Whitney
Rural	105.65	96.27	
Valor teste e (p)	5432.50 (0.925)	4498.50 (0.411)	
Distrito			
Viseu	106.77	98.89	U Mann-Whitney
Outro	94.35	100.50	
Valor teste e (p)	1135.50 (0.477)	1176.50 (0.914)	
N.º de idas ao SU			
Uma	106.23	98.10	U Mann-Whitney
2 ou mais	102.97	110.82	
Valor teste e (p)	1424.50 (0.842)	1115.50 (0.376)	
Tipo de violência			
Familiar/ parceiro íntimo	52.59	40.61	U Mann-Whitney
Comunidade	55.38	61.22	
Valor teste e (p)	1356.50 (0.642)	733.50 (0.000)	
Tempo no SU			
<120min	120.75	107.93	Kruskal-Wallis
121-240min	112.38	116.95	
241-360min	100.63	88.68	
>360min	100.52	90.63	
Valor teste e (p)	3.050 (0.384)	10.949 (0.012)	
Prioridade			
Sem prioridade (branco)	115.17	86.50	Kruskal-Wallis
Não urgente (azul)	66.50	144.00	
Pouco urgente (verde)	105.12	98.67	
Urgente (amarelo)	105.76	96.63	
Muito urgente (laranja)	119.08	126.86	
Emergente (vermelho)	63.00	0.00	
Valor teste e (p)	1.976 (0.852)	5.122 (0.275)	
Nível de dor			
Sem dor (valor 0)	176.50	95.00	Kruskal-Wallis
Dor ligeira (valor de 1 a 4)	105.68	100.05	
Dor moderada (valor de 5 a 7)	105.20	96.99	
Dor severa (valor de 8 a 10)	95.93	144.00	
Valor teste e (p)	4.219 (0.239)	4.779 (0.189)	
Antecedentes pessoais			
Com antecedentes	107.76	103.04	U Mann-Whitney
Sem antecedentes	102.93	91.99	
Valor teste e (p)	4922.50 (0.580)	3995.50 (0.150)	

Com o intuito de avaliar o impacto do índice de choque sobre o índice de mortalidade e vice-versa, foi aplicado uma correlação de Spearman (score vs score).

Constatamos uma correlação negativa (-0,045) entre o score do índice de choque e o score do índice de mortalidade. À medida que aumenta o índice de choque, aumenta o índice de mortalidade. A correlação entre as variáveis é inversamente proporcional, mas como o índice de mortalidade é calculado pela escala MGAP, que tem conotação invertida, quanto maior o índice de choque, menor será o valor do score da escala de MGAP, o que significa maior índice de mortalidade. Contudo, dada a ausência de diferenças estatísticas significativas ($p=0.529$), infere-se que as variáveis não se associam mutuamente.

3. Discussão

Os resultados permitem reconhecer a importância do uso de escalas de avaliação de gravidade em doentes vítimas de trauma por agressão e traçar o perfil das vítimas de violência interpessoal ($n=211$) admitidas no serviço de urgência polivalente, no ano 2020, num Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, correspondendo a 0.33% da população assistida.

A amostra é maioritariamente do género masculino, com uma média de idades de 45.55 anos, prevalecendo as vítimas com idades entre os 18 e os 49 anos (58.8%), residentes no distrito de Viseu (93.8%), em meio rural (56.4%), de nacionalidade portuguesa (98.6%) e com companheiro (66.7%). Estes dados corroboram com os resultados dos estudos de Sheikh et al., (2020) e Silva et al., (2021), sobre vítimas de violência interpessoal admitidas no serviço de urgência.

As estatísticas relativas ao número de idas ao serviço de urgência, revelam que em média as vítimas recorrem ao SU em 1.09 vezes, com variação entre uma única ida e cinco idas. Comprova-se maior número de admissões no período da tarde (54%), ao domingo (18.5%), com um único episódio (92.9%), sendo transportados maioritariamente pelos meios INEM/ ambulância (63.5%), tal como apurou Peixoto et al., (2019), demonstrando maior prevalência de admissões ao serviço de urgência ao domingo e no período da tarde.

O fluxograma mais atribuído foi o da agressão (82.5%), no discriminador “dor moderada” (47.4%), com prioridade urgente (77.7%), com um nível de dor- moderado (75.8%), índice de reatividade de Glasgow de 15 (98.6%) e tempo de permanência em média no SU de 5 horas e 59 minutos, provavelmente pela gravidade das lesões manifestadas com necessidade de medidas terapêuticas diferenciadas.

Apesar da escassez de registo quanto ao tipo de violência sofrida pela vítima, apuramos uma distribuição idêntica para ambos os géneros quer para a violência familiar/parceiro íntimo, quer para a violência na comunidade. No entanto, predomina a violência na comunidade no género masculino e a violência familiar/parceiro íntimo no género feminino, com diferenças estatísticas significativas ($p=0.000$). Estes dados são suportados pelos resultados explanados no relatório da APAV (2022), que descreve um aumento do crime contra pessoas no ano 2021, prevalecendo o crime de violência doméstica no género feminino.

Verificou-se o predomínio do consumo de substâncias, tais como droga e álcool (17.1%), seguido de patologia psiquiátrica (16.6%), consumo de fármacos (12.3%) e história prévia de violência (9.0%) quando analisamos os antecedentes pessoais destas vítimas. O consumo de álcool pontuou mais em comparação com o consumo de droga. A história de violência prévia foi mais representativa no género masculino. Sheikh et al., (2020), afirmam que o abuso do álcool está fortemente associado a um risco aumentado de agressão, sendo considerado um fator desencadeador de atos de violência (Loutroukis et al., 2020) e consequentemente de casos de agressão (Queiroz et al., 2021). A diversão noturna na população mais jovem, pode justificar os resultados deste estudo relativamente à violência na comunidade que pontuou mais no género masculino.

A violência física foi a mais prevalente, dado que era expectável, uma vez que as vítimas procuram ajuda nos serviços de saúde pela necessidade de tratamento das suas lesões. Estes dados corroboram com os de Peixoto et al., (2019).



O agente da agressão contundente, causado por objeto rombo, força, soco, chuto e cabeçadas (Grego & Douglas, 2019), foi o mais representativo (89.6%), com maior prevalência no gênero feminino (93.6%) em comparação com o gênero masculino (87.2%), contrariando os resultados do estudo de Mota et al., (2021), em que as agressões resultaram maioritariamente em trauma penetrante.

Das lesões em consequência do ato de violência destacam-se as feridas (28.44%) seguido de hematomas (25.12%) o que revela a brutalidade da agressão sofrida pela vítima. O crânio (46.9%), a face (44.1%) e os membros superiores (33.2%) foram as localizações anatómicas mais registadas em ambos os gêneros. Estes dados vão de encontro ao estudo de Cabral et al., (2020), que inferiu que os traumatismos faciais predominam no gênero masculino enquanto Pereira et al., (2020), observou-se que as lesões na face, cabeça e pescoço predominam no gênero feminino em vítimas de violência doméstica.

Os exames complementares de diagnóstico mais realizados foram as radiografias (79.15%), TAC (66.83%) e análises ao sangue (18.96%). No que respeita aos encaminhamentos da vítima após alta do SU, a maioria foi encaminhada para o médico de família (31.28%) e para a consulta de enfermagem (27.01%), pela necessidade de continuidade de tratamentos em ambulatório.

A maioria das vítimas teve alta para o domicílio (88.6%), com 4.7% de registo de internamentos pela gravidade das lesões e ainda alguma desistência por parte da vítima de observação médica ou abandono contra parecer médico.

Apurou-se que 62.6% das vítimas apresentou risco de choque ($SI \geq 0.6$), com 60.7% com índice de choque ligeiro (≥ 0.6 e < 1.0) e 1.9% das vítimas apresentou índice de choque grave (≥ 1.4). Estes resultados corroboram o estudo de Cherry et al., (2015), realizado com 170 utentes, apurando que 76% apresentavam choque ligeiro e 24% choque moderado a grave. Althunayyan, (2019), realizou uma revisão da literatura de estudos sobre a aplicação da escala SI pré-intubação com hipotensão após intubação e paragem cardíaca em contexto de urgência e cuidados intensivos. Verificou que existe um consenso entre os estudos em urgência, que demonstraram a confiabilidade da aplicação da escala SI para prever o risco de hipotensão e paragem cardíaca pós-intubação. Nos estudos realizados nas unidades de cuidados intensivos, valores de $SI \geq 0,9-1.0$ são preditores de hipotensão e paragem cardíaca pós-intubação. Segundo os mesmos autores, o grande poder preditivo revelado a partir destes estudos e a simplicidade do uso da escala SI pré-intubação foi considerada importante e incentivadora da sua aplicação na prática clínica em todas as intubações hospitalares.

Koch et al., (2019) refere que o SI é baseado em fatores disponíveis no momento da admissão e acolhimento da vítima, calculado no imediato quer no serviço de urgência quer no pré-hospitalar, e que, valores de $SI > 0.7$ demonstraram correlação direta com o aumento da probabilidade de choque, internamento e mortalidade.

Apurou-se que 95.4% das vítimas apresentou baixo índice de mortalidade (MGAP entre 23-29 pontos) em ambos os gêneros, o que significa, um baixo risco de gravidade e elevada probabilidade de sobrevivência. Estes dados corroboram os resultados de Mota et al., (2021), no estudo realizado em vítimas de trauma, onde apurou que na primeira abordagem da vítima em meio pré-hospitalar o índice de mortalidade obtido pela MGAP demonstrou que 20,0% ($n = 121$) das vítimas, apresentava estado clínico desfavorável (> 18 pontos) e 80% baixo risco de mortalidade (> 23 pontos).

Os índices de gravidade de trauma são ferramentas valiosas na previsão do prognóstico da vítima, facilitando e orientando as intervenções e os cuidados diferenciados às vítimas de trauma por violência interpessoal.

Respondendo à questão: qual o índice de choque das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência?, avaliado pela escala SI, apurou-se que o choque ligeiro (≥ 0.6 e < 1.0) foi o mais prevalente (60.7%), com distribuição idêntica em ambos os gêneros. A vítima do gênero masculino, na faixa etária dos 35–39 anos de idade, com companheiro, residentes em meio urbano, no distrito de Viseu, com um único episódio de urgência obteve maior índice de choque. Assim como, as vítimas de violência na comunidade, com menor tempo de permanência prolongado no SU (< 120 min),

prioridade muito urgente, nível de dor (sem dor) e com antecedentes pessoais registados. Das variáveis a estudo apenas a idade mostrou significância estatística ou seja, a idade influencia o índice de choque destas vítimas ($p= 0.000$).

Respondendo à segunda questão de investigação, qual o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência, avaliado através da escala de MGAP em 93.4% das vítimas da amostra ($n=197$), por inexistência de parâmetros registados no processo clínico da vítima para preenchimento da escala, apurou-se que 95.4% das vítimas obtiveram um baixo risco de mortalidade, o que significa uma probabilidade de sobrevivência elevada, com uma distribuição idêntica em ambos os géneros. Apurou-se que, a vítima do género masculino, com companheiro, com idade entre os 35- 39 anos, residente em meio urbano e fora do distrito de Viseu, tem maior índice de mortalidade. Assim como, as vítimas com mais de um episódio de urgência, vítimas de violência na comunidade e com tempo de permanência no SU entre 121-240 minutos, prioridade não urgente, dor severa e com antecedentes pessoais registados. Nesta variável constatamos poder estatístico significativo para a idade ($p= 0.000$), tipo de violência ($p= 0.000$) e o tempo de permanência no SU ($p= 0.012$), ou seja, apura-se que estas três variáveis influenciam o índice de mortalidade.

Conclui-se que o índice de choque e o índice de mortalidade não se associam mutuamente, apesar da correlação negativa entre estas variáveis, não existe diferença estatística significativa.

Conclusão

A violência interpessoal tem impacto pessoal, social, económico e continua a ser um problema mundial.

No sentido de melhorar a assistência prestada a estas vítimas em contexto de urgência e prevenir o pico de mortalidade, com a implementação de mecanismos de alerta da gravidade, foi realizado este estudo para testar a capacidade da escala de shock index (SI) e MGAP no reconhecimento e deteção da gravidade da vítima de violência interpessoal.

O estudo permitiu responder às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados, tendo como amostra 211 vítimas admitidas por violência interpessoal durante o ano de 2020, no serviço de urgência de um Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, cuja maioria é do género masculino, com uma média de idades de 45.6 anos.

Os resultados permitiram demonstrar que o índice de choque mais prevalente foi o choque ligeiro (60.7%), no entanto, 62.6% das vítimas apresentaram risco de choque (choque ligeiro e choque grave). Apurou-se baixo índice de mortalidade em 95.4% na globalidade da amostra, o que significa alta probabilidade de sobrevivência.

A idade influencia o índice de choque e de mortalidade ($p= 0.000$), ou seja, quanto mais jovens maior é o risco de choque e de mortalidade. A violência na comunidade ($p=0.000$) e o tempo de permanência no SU ($p= 0.012$) inferior a 240 minutos influenciam o índice de mortalidade. Estes dados podem ser justificados pelo uso de força e brutalidade no ato de violência, nos jovens masculinos em contexto social noturno em bares, sob o efeito de álcool e substâncias, predispondo à ocorrência de lesões com maior gravidade e por isso, menor tempo de permanência no SU por necessidade de cuidados diferenciados e transferência da vítima para outros serviços tais como bloco operatório e unidade de cuidados intensivos.

Foram encontradas algumas limitações metodológicas neste estudo, nomeadamente, o facto de a amostra ser não aleatória o que é considerado um fator limitante, a dimensão do grupo amostral ser reduzido ($n = 211$), o que permite considerar os resultados encontrados apenas para a amostra em questão, e a lacuna ao nível dos registos, o que inviabilizou o preenchimento das variáveis constantes na grelha de recolha de dados. A avaliação do índice de mortalidade pela escala MGAP, não foi viável em 14 vítimas da amostra devido à escassez de registos relativamente ao mecanismo de trauma.

Como linhas de investigação futuras sugere-se replicar o estudo sobre o índice de choque e de mortalidade de vítimas de violência interpessoal em amostras mais alargadas.



Como implicações para a prática clínica, alertar para a falta de registo precisos e objetivos nos processos clínicos, reconhecer a importância da aplicação das escalas shock index e MGAP como preditoras da gravidade de vítimas de violência interpessoal.

Como sugestões futuras de trabalho a desenvolver no serviço de urgência, consideramos importante dotar os enfermeiros da informação e dos resultados obtidos deste estudo, assim como, sugerir a aplicação destas duas escalas preditoras de gravidade de trauma, que são de fácil utilização e cujos resultados suportam a implementação de intervenções ajustadas ao estado clínico da vítima.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Viseu e da Equipa de Prevenção de Violência do Adulto (EPVA) do CHTV.

Fonte de financiamento

Projeto de investigação “Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta”, realizado em parceria da UniCise da ESV do Instituto politécnico de Viseu.

Referências bibliográficas

- Althunayyan S. M. (2019). Shock Index as a Predictor of Post-Intubation Hypotension and Cardiac Arrest; A Review of the Current Evidence. *Bulletin of emergency and trauma*, 7(1), 21–27. <https://doi.org/10.29252/beat-070103>.
- APAV. (2022). Estatísticas APAV. Relatório anual 2021. Acedido por [Relatorio_Anuar_2021.pdf \(apav.pt\)](#)
- Bossoni, Alexandre. (maio, 2021). O que é trauma, quais os tipos e como tratá-lo?. Acedido por <https://www.santapaula.com.br/blog/o-que-e-trauma-quais-os-tipos-e-como-trata-lo/>
- Cherry, J. D., Bermeo, J. M., Montoya, K. F., Calle-Toro, J. S., Núñez, L. R., & Poveda, G. (2015). Índice de shock como factor predictor de mortalidad en el paciente con trauma penetrante de tórax. *Revista Colombiana de Cirugía*, 30(1), 24-28.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2016). Violência Interpessoal- Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. 2ª ed. Acedido por https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
- Grego, R. & Douglas, W. (2019). *Medicina Legal – À Luz do Direito e do Direito Processual Penal*. 12ª ed. Impetus. Acedido por [Medicina Legal- Rogério Greco- Impetus Costa, F. A. D. D. \(2021\). Triagem de manchester: intervenção dos Enfermeiros. \(Master's thesis\).](#)
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). Conceito de Idoso. Acedido por [Sistema Integrado de Metainformação-conceitos \(ine.pt\)](#)
- Koch, E., Lovett, S., Nghiem, T., Riggs, R. A., & Rech, M. A. (2019). Shock index in the emergency department: utility and limitations. *Open access emergency medicine : OAEM*, 11, 179–199. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S178358>
- Loutroukis, T., Loutrouki, E., Klukowska-Rötzler, J., Koba, S., Schlittler, F., Schaller, B., Exadaktylos, A. K., Doulberis, M., Srivastava, D. S., Papoutsis, S., & Burkhard, J. (2020). Violence as the Most Frequent Cause of Oral and Maxillofacial Injuries among the Patients from Low- and Middle-Income Countries-A Retrospective Study at a Level I Trauma University Emergency Department in Switzerland. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4906. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134906>
- Milton, M., Engelbrecht, A., & Geysler, M. (2021). Predicting mortality in trauma patients-A retrospective comparison of the performance of six scoring systems applied to polytrauma patients from the emergency centre of a South African central hospital. *African Journal of Emergency Medicine*, 11(4), 453-458.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, Â., Silva, M., Campos, R., & Santos, M. R. (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem*
- Mutschler, M., Nienaber, U., Münzberg, M., Wölfl, C., Schoechl, H., Paffrath, T., Bouillon, B., & Maegele, M. (2013). The Shock Index revisited—a fast guide to transfusion requirement? A retrospective analysis on 21,853 patients derived from the TraumaRegister DGU®. *Critical Care*, 17(4), R172. <https://doi.org/10.1186/cc12851>



Figueiredo, N. A. L., & Cunha, M. (2023).

Índice de choque e de mortalidade em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência.

Servir, 2(04), e28429. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28429>

- Organização Mundial de Saúde. (2014). Relatório Mundial Sobre Prevenção da Violência. Obtido de <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>
- Peixoto, G. S., Inácio, Q. L., & Gadelha, L. M. U. (2019). Ansiedade e depressão em pacientes internados vítimas de acidentes e violência física interpessoal. *CEP*, 62(10), 660.
- Pereira de Sousa, M. E., Rodrigues de Santana, M., Monte da Cunha, G. I., da Silva Sousa, M. R., do Nascimento Silva, I. M., & Ramos Gonçalves, F. (2020). Traumas em mulheres vítimas de violência: uma análise em Recife-PE. *Nursing (São Paulo)*, 23(269), 4703–4710. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4703-4710>
- Queiroz, D.R., Barros, M. V. G., Aguiar, J. A., Soares, F. C., Tassitano, R. M., Bezerra, J., & Silva, L. M. P. (2021). Consumo de álcool e drogas ilícitas e envolvimento de adolescentes em violência física em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(4), 1-10.
- Rahmani, F., Ebrahimi Bakhtavar, H., Shams Vahdati, S., Hosseini, M., & Mehdizadeh Esfanjani, R. (2017). Evaluation of MGAP and GAP trauma scores to predict prognosis of multiple-trauma patients. *Trauma Monthly*, 22(3).
- Sartorius, D., Le Manach, Y., David, J. S., Rancurel, E., Smail, N., Thicoïpé, M., Wiel, E., Ricard-Hibon, A., Berthier, F., Gueugniaud, P. Y., & Riou, B. (2010). Mechanism, glasgow coma scale, age, and arterial pressure (MGAP): a new simple prehospital triage score to predict mortality in trauma patients. *Critical care medicine*, 38(3), 831–837. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181cc4a67>
- Sheikh, S. (2020). Characteristics of interpersonal violence in adult victims at the Adult Emergency Trauma Centre (AETC) of Queen Elizabeth Central Hospital. *Malawi medical journal*, 32(1), 24-30.
- Silva, J. A. V., Padula, M. P. C., & Waters, C. (2021). Perfil epidemiológico, clínico e desfecho de pacientes com traumatismo cranioencefálico/Epidemiological, clinical profile and outcome of patients with traumatic brain injury. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 66(1u), 1-7. Acedido por <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.017>

MORTALIDADE EM DOENTES INTERNADOS COM SARS-COV-2: FATORES INFLUENCIADORES

MORTALITY IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH SARS-COV-2: INFLUENCING FACTORS

MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SARS-COV-2: FACTORES QUE INFLUYEN

Helder Patrício¹
Tiago Machado²
Ana Catarina Pereira³
Elisabete Figueiredo⁴
Madalena Cunha⁵

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal (patricio_helder@hotmail.com)

²Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal (enf.tiagomachado@gmail.com)

³Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal (ana.catper@gmail.com)

⁴Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal (betafig@gmail.com)

⁵Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Viseu Portugal; Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra, Portugal; SIGMA – Phi Xi Chapter, ESEnC, Coimbra, Portugal; CIEC- UM, Braga, Portugal (<https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>) | <https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

Corresponding Author
Helder Filipe Fernandes Patrício
Rua Olival Santa Eulália nº63
3500-685 Viseu, Portugal
patricio_helder@hotmail.com

RECEIVED: 31st January, 2023

ACCEPTED: 13th February, 2023

PUBLISHED: 6th March, 2023

Servir, 2(04), e29447

DOI:10.48492/servir0204.29447

2023



RESUMO

Introdução: Desde o surgimento dos primeiros casos, na China, que o tratamento de doentes com COVID-19 revelou ser um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo, iniciando-se um esforço global no sentido de investigar os aspetos clínicos, epidemiológicos e fatores prognósticos da doença (Galvão et al. 2020).

Objetivo: Determinar os fatores influenciadores da mortalidade nos doentes internados com Sars-Cov-2.

Métodos: Estudo descritivo, retrospectivo e correlacional, em coorte transversal, numa amostra não probabilística por conveniência de 1687 doentes com Sars-Cov-2 internados no CHTV, no período de 17/03/2020 a 31/08/2021.

Resultados: A taxa de mortalidade global foi de 26%, sendo superior em doentes com idades mais elevadas. Na admissão, a presença de oxigénio e os valores gasométricos arteriais tiveram uma relação estatisticamente significativa com a mortalidade. Verificou-se um aumento da mortalidade de 42% em pessoas internadas na UCI (Unidade de Cuidados Intensivos) e a presença de pelo menos uma infeção bacteriana aumentou o risco de morte em 50%. A necessidade de VNI (Ventilação não Invasiva) aumentou para o dobro a probabilidade de morrer. A taxa de mortalidade aumentou proporcionalmente com o número de comorbilidades, sendo que a presença de pelo menos uma, aumenta em 55% o risco de falecer.

Conclusão: A compreensão dos fatores influenciadores da mortalidade em doentes com Sars-Cov-2 é, ainda hoje, um desafio. Os resultados deste estudo reforçam as evidências já existentes sobre os fatores de risco que influenciam a mortalidade em vítimas com Sars-Cov-2 e alertam os profissionais de saúde para a necessidade de implementar, de forma precoce, uma atuação dirigida à singularidade do estado clínico de cada pessoa.

Palavras-chaves: SARS-CoV-2; fatores de risco; comorbilidade; hospitalização; mortalidade.

ABSTRACT

Introduction: Since the emergence of the first cases in China, the treatment of patients with COVID-19 has proved to be a challenge for health systems around the world, initiating a global effort to investigate the clinical, epidemiological aspects and factors disease prognosis (Galvão et al. 2020).

Objective: Determine the factors that influence mortality in patients hospitalized with Sars-Cov-2.

Methods: Descriptive, retrospective and correlational study, in a cross-sectional cohort, in a non-probabilistic convenience sample of 1687 patients with Sars-Cov-2 admitted to the CHTV, from 03/17/2020 to 08/31/2021.

Results: The overall mortality rate was 26%, being higher in older patients. On admission, the presence of oxygen and arterial blood gas values had a statistically significant relationship with mortality. There was a 42% increase in mortality in people admitted to the ICU (Intensive Care Unit) and the presence of at least one bacterial infection increased the risk of death by 50%. The need for NIV (Non-Invasive Ventilation) doubled the likelihood of dying. The mortality rate increased proportionally with the number of comorbidities, with the presence of at least one increasing the risk of dying by 55%.

Conclusion: Understanding the factors that influence mortality in patients with Sars-Cov-2 is, even today, a challenge. The results of this study reinforce the existing evidence on the risk factors that influence mortality in victims with Sars-Cov-2 and alert health professionals to the need to implement, at an early stage, an action aimed at the uniqueness of the clinical state of each person.

Keywords: SARS-CoV-2; risk factors; comorbidity; hospitalization; mortality.

RESUMEN

Introducción: Desde la aparición de los primeros casos en China, el tratamiento de pacientes con COVID-19 ha demostrado ser un desafío para los sistemas de salud de todo el mundo, iniciando un esfuerzo global para investigar los aspectos clínicos, epidemiológicos y los factores pronósticos de la enfermedad (Galvão et al. . 2020).

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la mortalidad en pacientes hospitalizados con Sars-Cov-2.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y correlacional, en una cohorte transversal, en una muestra no probabilística por conveniencia de 1687 pacientes con Sars-Cov-2 ingresados en el CHTV, del 17/03/2020 al 31/08/2021.

Resultados: La tasa de mortalidad global fue del 26%, siendo mayor en pacientes de mayor edad. Al ingreso, la presencia de oxígeno y los valores de gases en sangre arterial tuvieron una relación estadísticamente significativa con la mortalidad. Hubo un aumento del 42% en la mortalidad de las personas ingresadas en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y la presencia de al menos una infección bacteriana aumentó el riesgo de muerte en un 50%. La necesidad de VNI (Ventilación No Invasiva) duplicó la probabilidad de morir. La tasa de mortalidad aumentó proporcionalmente con el número de comorbilidades, con la presencia de al menos una aumentando el riesgo de morir en un 55%.

Conclusión: Comprender los factores que influyen en la mortalidad de los pacientes con Sars-Cov-2 es, aún hoy, un desafío. Los resultados de este estudio refuerzan la evidencia existente sobre los factores de riesgo que influyen en la mortalidad en víctimas con Sars-Cov-2 y alertan a los profesionales de la salud sobre la necesidad de implementar, en una etapa temprana, una acción dirigida a la singularidad del estado clínico de cada persona.

Palabras Clave: SARS-CoV-2; factores de riesgo; comorbilidad; hospitalización; mortalidad.

Introdução

A história da humanidade está repleta do aparecimento de novas doenças que necessitaram de ser compreendidas, para que, dentro dos limites da ciência, pudessem ser prevenidas ou controladas. A investigação nesta área permite compreender estas doenças, assim como adotar medidas e estratégias, baseadas em evidência, que controlem ou previnam os seus efeitos negativos na saúde das populações.

Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, na China, reportou um surto de pneumonia de causa desconhecida que rapidamente se espalhou pelo país e pelo mundo. O agente patogénico da doença foi identificado como um novo coronavírus, denominado de SARS-CoV-2, ou coronavírus da síndrome respiratória aguda grave. A doença causada pelo novo vírus foi denominada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de COVID-19, tendo sido declarada uma emergência de saúde pública de importância internacional e, em 11 de março de 2020, como uma pandemia (Sousa, et al, 2021). De acordo com a Comissão Nacional de Saúde da China, a taxa de mortalidade entre os casos confirmados na China era de 2,1% (Fevereiro 2020) e entre os casos admitidos no hospital era de 11% a 15% (Harapan et al. 2020).

Em Portugal, os primeiros casos confirmados de infeção por SARS-CoV-2 surgiram apenas no início de Março de 2020, de uma forma mais lenta que noutros países. A pior fase nacional da pandemia ao nível da mortalidade compreendeu o período de Novembro de 2020 a finais de Fevereiro 2021, contabilizando-se desde o início da pandemia até esta altura 16.317 mortos, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (DGS, 2021).

As manifestações da infeção por COVID-19 caracterizaram-se por febre, tosse, dispneia e infiltração pulmonar bilateral (Hobbs et al. 2021; Giannouchos et al. 2020).

O atendimento e tratamento de doentes com COVID-19 revelou-se um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo, dado o rápido aumento do número de casos, resposta ineficaz aos tratamentos implementados, recursos humanos limitados e insuficientes equipamentos e materiais de consumo clínico (Galvão & Roncalli, 2020.; Honardoost et al. 2021). Dado o desconhecimento e complexidade deste novo coronavírus, com a elevada pressão sentida nos hospitais no atendimento dos doentes com COVID-19, iniciou-se um esforço global na produção de informações com a finalidade de desvendar os aspetos clínicos, epidemiológicos e fatores prognósticos da doença (Galvão & Roncalli, 2020).

Até ao momento, a maior parte dos estudos publicados foca-se essencialmente na prevenção e tratamento da doença grave, que pode desenvolver falência respiratória e culminar na morte deste tipo de doentes (Shafran et al. 2021). Muitos destes estudos visaram especificamente a compreensão dos fatores de risco associados a formas de evolução mais grave da COVID-19, que invariavelmente aumentam o risco de mortalidade. A idade é o fator de risco mais preponderante para formas mais graves da doença (CDC, 2022). O risco de mortalidade em doentes internados em hospitais duplica a cada década de idade, sendo que o género masculino e a presença de doenças cardiovasculares foram identificados como fatores influenciadores de doença severa e mortalidade em doentes com COVID-19 no Sudeste dos Estados Unidos (Hobbs et al, 2021).

A presença de comorbilidades durante uma infeção por Sars-Cov-2 está associada a um pior prognóstico para o doente. A doença cerebrovascular é a comorbilidade mais preditiva de doença severa de COVID-19 seguida da doença cardiovascular, doença pulmonar crónica, cancro, diabetes e hipertensão arterial (Honardoost et al, 2021). As comorbilidades mais prevalentes nos doentes hospitalizados são a hipertensão arterial, a DM (Diabetes mellitus) a obesidade, e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (Giannouchos et al. 2020). Nos doentes falecidos com COVID-19, a hipertensão é a comorbilidade mais prevalente, seguida de doença cardiovascular, cerebrovascular e doença renal crónica (Lee et al. 2021).

A par de Souza (2021), decidimos incluir o estudo da asma tendo em conta que esta, por ser uma patologia do foro respiratório, pode ter um efeito sinérgico na progressão da COVID-19.



Apesar do tabagismo ser um fator de risco recorrente nas doenças respiratórias e na sua pior evolução, o estudo de Giannouchos et al. (2020), exclui o tabagismo ativo, como estando relacionado a um pior prognóstico.

Outros aspetos de carácter clínico têm sido estudados na tentativa de predizer o risco de evolução para formas mais graves de doença, como a presença de infeções bacterianas, apurando-se que estas, sendo secundárias a infeções virais, são uma das complicações conhecidas que aumentam a taxa de mortalidade e morbidade dos doentes (McCullers, J. A, 2014). Doentes com COVID-19 com pelo menos uma infeção bacteriana associada têm uma taxa de mortalidade de cerca de 50% (Shafran et al. 2021). A presença de pelo menos uma coinfecção bacteriana é, assim, um forte indicador preditivo de mortalidade quando associada à COVID-19. Para além das variáveis demográficas e das comorbilidades, neste estudo serão incluídas algumas variáveis clínicas e analíticas.

Em suma, a literatura científica torna evidente que é primordial conhecer melhor os fatores influenciadores da mortalidade nos doentes infetados com Sars-Cov-2, para que, nos doentes internados, possam ser delineadas estratégias de tratamento e monitorização, de uma forma mais precoce, a fim de prevenir a evolução mais trágica da doença.

Decorrente destas evidências, foi formulada a seguinte questão de investigação “Que fatores influenciadores da mortalidade estavam presentes nos doentes internados com Sars-Cov-2 no Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV) no período de 17/03/2020 a 31/08/2021?”

Para responder a esta questão, foi traçado o seguinte objetivo geral:

- Determinar os fatores influenciadores da mortalidade nos doentes internados com Sars-Cov-2 no CHTV no período de 17/03/2020 a 31/08/2021

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Traçar o perfil clínico do doente internado com Sars-Cov-2;
- Analisar a relação dos fatores demográficos e clínicos com a mortalidade.

1. Métodos

Estudo de natureza quantitativa, de análise descritiva e correlacional, em coorte transversal realizado numa amostra não probabilística por conveniência, de doentes com teste positivo para Sars-Cov-2.

2.1 Participantes

O estudo incluiu 1867 doentes do CHTV, com idades compreendidas entre os 18 e 101 anos e uma média de 72.91 anos (Dp=16.076). A distribuição por género aporta 53.3% de homens e 46.7% de mulheres.

2.1.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: idade ≥ 18 anos, com teste positivo para Sars-Cov-2 e com internamento em enfermaria COVID no Centro Hospitalar Tondela-Viseu entre 17/03/2020 e 31/08/2021.

2.1.2 Critérios de exclusão

Para o estudo do grupo das variáveis “caracterização da admissão”, foram excluídos os doentes com teste positivo para Sars-Cov-2 durante o internamento.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A técnica de recolha de dados utilizada nesta investigação foi a documental, através da consulta dos processos clínicos. Para o efeito foi elaborada uma ficha clínica estruturada em 5 componentes: caracterização demográfica; presença de comorbilidades; caracterização da admissão; caracterização do internamento; desfecho clínico- óbito.

Caracterização demográfica

As variáveis escolhidas foram a “Idade” e o “Género”.

Presença de comorbilidades

Suportados nas evidências científicas expressas na bibliografia consultada, foram incluídas as seguintes: Hipertensão Arterial (HTA), Insuficiência Cardíaca (IC), Diabetes Mellitus (DM), DPOC, asma, obesidade e neoplasia.

Caracterização da admissão

Foram incluídas as variáveis “oxigenoterapia à entrada” e “valores gasométricos arteriais à entrada”. Ambas dizem respeito ao momento de admissão ao serviço de urgência do CHTV.

A gasometria é um exame que permite obter uma avaliação da função respiratória do doente, tornando-se particularmente relevante na abordagem a patologias do foro respiratório. Assim, foram incluídos os “valores gasométricos arteriais à entrada” tais como o “pH”, a “Pressão parcial de Dióxido de Carbono” (PCO₂), a “Pressão parcial de Oxigénio” (PO₂), “Lactatos” e “Saturação periférica de Oxigénio” (SpO₂). Apenas foi considerada a primeira gasometria arterial realizada no serviço de urgência, uma vez que é a que retrata o status funcional respiratório do doente à chegada ao hospital.

Caracterização do estado clínico dos doentes durante o internamento

Para esta caracterização foram incluídas as variáveis: “Infeção bacteriana”; “VNI em enfermaria COVID”; “Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos”; “Numero total de dias de internamento”; “Número de dias de internamento em enfermarias COVID”.

A “Infeção bacteriana” representa as infeções bacterianas objetivadas em achados microbiológicos após a infeção por Sars-Cov-2.

A “VNI em enfermaria COVID” diz respeito apenas à presença da ventilação não invasiva durante o tempo de internamento na enfermaria COVID.

O “Internamento em UCI” refere-se à identificação dos doentes que tenham internamento nos cuidados intensivos.

O “Número total de dias de internamento” é calculado desde o primeiro dia de internamento em enfermaria COVID até ao momento da alta hospitalar.

No “Número de dias de internamento em enfermarias COVID” foram incluídos apenas os dias em que o doente esteve internado na enfermaria COVID.

Na última parte da ficha clínica foi incluída a variável “Desfecho clínico- óbito”, sob forma de questão dicotómica (Sim/Não).

2.3 Procedimentos legais e éticos

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do CHTV em 16 de dezembro de 2022 e autorização para recolha de dados do Conselho de Administração do CHTV em 21 de dezembro de 2022.

2. Resultados

Caracterização demográfica

A nossa amostra ficou constituída por 1687 participantes, sendo 899 homens (53.3%) e 788 mulheres (46.7%), com uma taxa de mortalidade global de 26.0% (439 óbitos). A percentagem de óbitos foi ligeiramente superior nos homens comparativamente com as mulheres (respetivamente 26.4% e 25.6%), sendo que não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ($p=0.734$), (cf. Tabela 1).



Tabela 1 – Caracterização da “mortalidade” por gênero

Gênero	Óbitos		Sobreviventes		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Óbitos	Sobreviventes
Masculino	237	26.4	662	73.6	899	100.0	0.3	-0.3
Feminino	202	25.6	586	74.4	788	100.0	-0.3	0.3
Total	439	26.0	1248	74.0	1687	100.0		

Qui-Quadrado: $\chi^2=0.116$; $p=0.734$

O estudo da “mortalidade” em função da “idade” revelou que os doentes que morreram tinham uma média de idades bem superior aos sobreviventes (respectivamente 81.57 e 69.86), sendo as diferenças estatísticas significativas ($p=0.000$), (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da “idade” e sua relação com a “mortalidade”

Idades	n (%)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	CV (%)	t de student
Pessoas falecidas	439 (26.0)	40	101	81.57	10.048	12.32	t=-17.401 p=0.000
Sobreviventes	1248 (74.0)	18	101	69.86	16.667	23.86	
Total	1687 (100.0)	18	101	72.91	16.073	22.04	

A amostra foi estratificada em grupos etários homogêneos, constando-se que no grupo etário dos 18-64 anos faleceram 6,8% dos doentes, no dos 65 aos 74 anos faleceram 20,8%, no dos 75 aos 84 anos faleceram 31,1% e no dos 85 ou mais anos faleceram 42,9%, (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos grupos etários e sua relação com a “mortalidade”

Grupos etários	Óbitos		Sobreviventes		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Óbitos	Sobreviventes
18- 64 anos	30	6.8	412	93.2	442	100.0	-10.7	10.7
65- 74 anos	65	20.8	248	79.2	313	100.0	-2.3	2.3
75- 84 anos	147	31.1	326	68.9	473	100.0	3.0	-3.0
≥ 85 anos	197	42.9	262	57.1	459	100.0	9.7	-9.7

Qui-Quadrado: $\chi^2=163.795$; $p=0.000$

Comorbilidades

Para o estudo das comorbilidades, do total de 1687 indivíduos da nossa amostra, foram excluídos 20 por não existir referência no processo clínico da presença ou ausência de antecedentes relevantes. Assim, do total de indivíduos com comorbilidades ($n=1667$), apurou-se a existência de: 985 com HTA (59%), 216 com IC (13%), 495 com DM (30%), 180 com DPOC (11%), 292 com obesidade (18%), 52 com asma (3%) e 250 com neoplasia (15%), (cf. Tabela 4).

A variabilidade da mortalidade em função das comorbilidades mostra que dos 985 doentes com “HTA”, 28.8% faleceu, em contraste com a percentagem de 21.8% dos 682 doentes que não apresentaram “HTA” ($p=0.001$). Relativamente à “IC”, dos 216 doentes com insuficiência cardíaca 38.0% faleceram, enquanto dos 1451 doentes que não sofriam de insuficiência cardíaca faleceram 24.2% ($p=0.000$). Dos 308 obesos, faleceram 18.8%, contrastando com os 27.6% que faleceram e não apresentavam obesidade ($p=0.002$). Dos 250 doentes diagnosticados com neoplasia faleceram 85 (34%), enquanto dos não neoplásicos faleceram 348 (24.6%) ($p=0.002$), (cf. Tabela 4).

Nas restantes comorbilidades (DM, DPOC e Asma), apesar de em qualquer um deles se ter verificado um aumento na mortalidade, as diferenças não foram estatisticamente significativas (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos “comorbilidades” estudadas e sua relação com a mortalidade

Comorbilidades (n=1667)		Óbitos		Sobreviventes		Total		Residuais		Qui- Quadrado
		n	%	n	%	n	%	Óbitos	Sobreviventes	
HTA	Sim	284	28.8	701	71.2	985	100.0	3.2	-3.2	$\chi^2=10.225$ $p=0.001$
	Não	149	21.8	533	78.2	682	100.0	-3.2	3.2	
IC	Sim	82	38.0	134	62.0	216	100.0	4.3	-4.3	$\chi^2=18.548$ $p=0.000$
	Não	351	24.2	1100	75.8	1451	100.0	-4.3	4.3	
DM	Sim	144	29.1	351	70.9	495	100.0	1.9	-1.9	$\chi^2=3.556$ $p=0.059$
	Não	289	24.7	883	75.3	1172	100.0	-1.9	1.9	
DPOC	Sim	53	29.4	127	70.6	180	100.0	1.1	-1.1	$\chi^2=1.275$ $p=0.259$
	Não	380	25.6	1107	74.4	1487	100.0	-1.1	1.1	
Obesidade	Sim	58	18.8	250	81.2	308	100.0	-3.2	3.2	$\chi^2=10.027$ $p=0.002$
	Não	375	27.6	984	72.4	1359	100.0	3.2	-3.2	
Asma	Sim	16	30.8	36	69.2	52	100.0	0.8	-0.8	$\chi^2=0.642$ $p=0.423$
	Não	417	25.8	1198	74.2	1615	100.0	-0.8	0.8	
Neoplasia	Sim	85	34.0	165	66.0	250	100.0	3.1	-3.1	$\chi^2=9.851$ $p=0.002$
	Não	348	24.6	1069	75.4	1417	100.0	-3.1	3.1	

Para um estudo mais aprofundado da relação entre as “comorbilidades” e a “mortalidade”, foram criados 4 grupos mediante o número de comorbilidades presentes, como é descrito na tabela 5. Verifica-se que a mortalidade no grupo de doentes sem comorbilidades foi de 17,8%, nos que apenas apresentavam uma foi de 27,0%, nos afetados com duas foi de 28.8% e nos que padeciam de 3 ou mais foi de 30% (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização das “comorbilidades” por grupos e sua relação com a mortalidade

Número de comorbilidades	Óbitos		Sobreviventes		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Óbitos	Sobreviventes
Sem comorbilidades	67	17.8	310	82.2	377	100.0	-4.1	4.1
Uma comorbilidade	143	27.0	386	73.0	529	100.0	0.7	-0.7
Duas comorbilidades	129	28.8	319	71.2	448	100.0	1.6	-1.6
Três ou mais comorbilidades	94	30.0	219	70.0	313	100.0	1.8	-1.8

Qui-Quadrado: $\chi^2=18.033$; $p=0.000$

Quando diferenciamos a nossa amostra em dois grupos, com e sem comorbilidades, verificou-se que a mortalidade no grupo de doentes sem comorbilidades foi de 17,8%, contrastando com os 28.4% de óbitos nos doentes com pelo menos uma comorbilidade (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização das “comorbilidades” por grupos e sua relação com a mortalidade

Número de comorbilidades	Óbitos		Sobreviventes		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Óbitos	Sobreviventes
Sem comorbilidades	67	17.8	310	82.2	377	100.0	-4.1	4.1
Com comorbilidade	366	28.4	924	71.6	1290	100.0	4.1	-4.1

Qui-Quadrado: $\chi^2=17.049$; $p=0.000$

Caracterização da admissão

Os doentes com presença de oxigénio na primeira avaliação pela equipa de saúde do serviço de urgência vieram a falecer numa percentagem superior aos que se encontravam apenas com ar ambiente (56.7% e 43.3% respetivamente), com uma diferença estatística significativa ($p=0.000$) (cf. Tabela 7).



Tabela 7 – Caracterização da presença de “oxigenoterapia à entrada” e sua relação com a mortalidade

Oxigenoterapia à entrada	Óbitos		Sobreviventes		Residuais	
	n	%	n	%	Óbitos	Sobreviventes
Sim	219	56.7	291	25.8	11.1	-11.1
Não	167	43.3	838	74.2	-11.1	11.1
Total	386	100.0	1129	100.0		

Qui-Quadrado: $\chi^2=7.545$; $p=0.000$

A análise da relação entre os valores gasométricos no momento da primeira avaliação no Serviço de Urgência Geral e a sua influência na mortalidade revelou que de todos os valores gasométricos estudados, apenas o da “pCO₂” não foi estatisticamente significativo. Apesar da média de “pCO₂” nos doentes que morreram ser superior aos restantes (respetivamente 38.11 e 37.56), esta diferença não é estatisticamente significativa, ($p=0.368$), (cf. Tabela 8).

A média do valor de “pH” nos doentes que faleceram foi inferior comparativamente com aqueles que não faleceram (7.44 vs 7.46), com diferença estatística significativa ($p=0.000$), (cf. Tabela 8).

O valor médio de “pO₂” é inferior nos doentes que faleceram (60.31 mmHg), comparativamente aos que não faleceram (62.85 mmHg), com valores estatisticamente significativos ($p=0.043$), (cf. Tabela 8).

A relação estatística entre os valores médios dos “Lactatos” e a mortalidade é significativa ($p=0.000$). Os doentes com valores médios mais elevados faleceram em maior percentagem, (cf. Tabela 8).

Por fim, os valores médios de “SpO₂” nas primeiras gasometrias realizadas aos doentes no serviço de urgência, foram inferiores nos doentes que faleceram, comparativamente com os demais (88.11 vs 90.63) e com diferenças estatísticas significativas ($p=0.000$), (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização dos parâmetros gasométricos à entrada no Serviço de Urgência e sua relação com a mortalidade

		n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	CV (%)	t de student
pH	Óbitos	361	7.05	7.59	7.44	0.076	1.02	t=-3.729 p=0.000
	Sobreviventes	971	6.80	7.78	7.46	0.068	0.91	
	Total	1332	6.80	7.78	7.45	0.070	0.94	
PCO ₂	Óbitos	360	15	119	38.11	11.615	30.48	t=0.815 p=0.416
	Sobreviventes	970	8	109	37.56	9.309	24.78	
	Total	1330	8	119	37.71	9.985	26.48	
PO ₂	Óbitos	362	23	234	60.31	20.102	33.33	t=-2.021 p=0.043
	Sobreviventes	973	20	292	62.85	20.515	32.64	
	Total	1335	20	292	62.16	20.428	32.86	
Lactatos	Óbitos	337	0.20	7.40	1.55	1.068	68.90	t=5.300 p=0.000
	Sobreviventes	909	0.10	13.40	1.20	0.964	80.33	
	Total	1246	0.10	13.40	1.29	1.005	77.91	
SPO ₂	Óbitos	328	40	100	88.11	9.262	10.51	t=-4.547 p=0.000
	Sobreviventes	923	37	100	90.63	6.634	7.32	
	Total	1251	37	100	89.97	7.493	8.33	

Caracterização do estado clínico dos doentes durante o internamento

Diagnosticaram-se 293 doentes (17.4%) com, pelo menos, uma infeção bacteriana documentada. Quanto à relação entre a “Infeção bacteriana” e a variável “Óbito”, constatou-se que a percentagem de doentes que morreu foi superior nos que adquiriram pelo menos uma infeção bacteriana, comparativamente com aqueles em que não foi documentada nenhuma infeção (36.2% vs 23.9%) ($p=0.000$), (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização da presença de infeções bacterianas e a sua relação com a mortalidade

Presença de infeções bacterianas	Óbitos		Sobreviventes		Total (n=1687)		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Óbitos	Sobreviventes
Sim	106	36.2	187	63.8	293	100.0	4.4	-4.4
Não	333	23.9	1061	76.1	1394	100.0	-4.4	4.4

Qui-Quadrado: $\chi^2=18.994$; $p=0.000$

A análise da relação entre a variável “VNI em enfermaria COVID” e a mortalidade, revelou uma relação estatística significativa ($p=0.000$). Os doentes submetidos a VNI, apresentaram uma taxa de mortalidade de 45.1%, enquanto os doentes sem VNI tiveram uma taxa de mortalidade inferior (22.4%), (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Caracterização da “VNI em enfermaria COVID” e sua relação com a mortalidade

VNI em enfermaria COVID	Óbitos		Sobreviventes		Total (n=1687)		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Óbitos	Sobreviventes
Sim	106	45.1	129	54.9	235	100.0	7.4	-7.4
Não	321	22.4	1109	77.6	1430	100.0	-7.4	7.4

Qui-Quadrado: $\chi^2=54.343$; $p=0.000$

O internamento em UCI verificou-se em 143 doentes, por evolução grave da doença COVID-19 que tiveram necessidade de tratamento e suporte em medicina intensiva. Neste grupo, a percentagem de doentes que faleceu foi de 35,7%, que contrasta com os 25,1% nos doentes que não tiveram necessidade de cuidados intensivos, com diferenças estatísticas significativas ($p=0,006$), (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Caracterização do “Internamento em UCI” e sua relação com a mortalidade

Internamento em UCI	Óbitos		Sobreviventes		Total (n=1687)		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Óbitos	Sobreviventes
Sim	51	35.7	92	64.3	143	100.0	2.7	-2.7
Não	388	25.1	1156	74.9	1544	100.0	-2.7	2.7

Qui-Quadrado: $\chi^2=7.545$; $p=0.006$

O “Número total de dias de internamento” variou entre um mínimo de 1 e um máximo de 143 dias, com uma média de 13.60 dias de internamento ($Dp=12.478$). Relativamente ao “número de dias de internamento em enfermaria COVID” obtivemos um mínimo de 1 dia e um máximo de 81 dias, com uma média total de 10.48 dias ($Dp=6.373$) (cf. Tabela 12). Quando analisamos os tempos de internamento dos doentes que faleceram, comparativamente com os outros, verificamos que aqueles que faleceram tiveram uma média de dias de internamento inferior (respetivamente 10.63 versus 14.65 dias no número total de dias de internamento e 8.37 versus 11.21 dias no número de dias de internamento em enfermaria COVID), tendo sido encontradas diferenças estatísticas significativas ($p=0.000$), (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Caracterização do “número total de dias de internamento” e do “número de dias de internamento em enfermaria COVID” e sua relação com a mortalidade

Variáveis		n	Minino	Máximo	Média	Desvio-padrão	CV (%)	t de student
Número total de dias de internamento	Óbito	439	1	81	10.63	9.326	87.73	t=-5.872 p=0.000
	Sobreviventes	1248	1	143	14.65	13.257	90.49	
	Total	1687	1	143	13.60	12.478	91.75	
Número de dias de internamento em enfermaria COVID	Óbito	427	1	81	8.37	6.249	74.66	t=-8.093 p=0.000
	Sobreviventes	1238	1	48	11.21	6.255	55.80	
	Total	1665	1	81	10.48	6.373	60.81	



3. Discussão

O presente estudo foi realizado numa amostra de 1687 doentes, com idades compreendidas entre os 18 e os 101 anos, média de 72,91 anos e maioritariamente do género masculino (53.3%). Estes resultados estão em linha com os do estudo de Vahey et al. (2021), em que alguns fatores como idade >65 anos e ser do género masculino foram associados a uma maior probabilidade de hospitalização de doentes por COVID-19. Resultados semelhantes também foram obtidos por Petrilli et al. (2020), Chen et al. (2020) e Ko et al. (2021).

A taxa de mortalidade nos participantes do nosso estudo foi de 26.0%, sendo mais elevada do que a referenciada por Harapan et al. (2020), que era de 11 a 15% em fevereiro de 2020.

Os doentes que faleceram tiveram uma média de idades superior em quase 12 anos comparativamente aos restantes ($p=0,000$), pelo que se pode inferir que a idade foi um fator preditivo da mortalidade neste estudo. Estes resultados vão ao encontro dos que foram consultados na bibliografia (Vahey et al. 2021; Souza et al. 2021), em que a idade é um dos fatores mais influenciadores da mortalidade.

Na análise dos grupos etários e da sua relação com a mortalidade, verificou-se que o risco de falecer foi mais elevado em grupos etários mais elevados, atingindo taxas de mortalidade de 42.9% e 31,1% nos grupos etários dos mais velhos (>85 anos) e dos 75 aos 84 anos, respetivamente. Estes resultados corroboram os de outros estudos citados na bibliografia, tais como o CDC (2022) e Vahey et al. (2021). Estes salientam que a idade é um dos fatores de risco mais preponderantes para formas mais graves da doença. Também Hobbs et al. (2021) refere que o risco de mortalidade em doentes internados em hospitais duplica a cada década de idade.

Na relação do género com a mortalidade não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, apesar da percentagem de óbitos ter sido ligeiramente superior nos homens (26.4% versus 25.6%). Galvão & Roncalli (2020) e Hobbs et al. (2021) tiveram resultados semelhantes, em que os homens pontuaram com maior probabilidade de falecer por COVID-19.

A análise das comorbilidades mostra que as mais prevalentes na nossa amostra foram a HTA (59%) e a DM (30%). Também Giannouchos (2020) obteve uma amostra onde a HTA e a DM estavam entre as comorbilidades mais prevalentes em doentes com COVID-19.

Das relações de cada comorbilidade com a mortalidade e que foram estatisticamente significativas, podemos inferir que a presença de HTA, IC ou neoplasia, isoladamente, estiveram associadas a um maior risco de morte. Vahey (2021), Petrilli et al. (2020) e Ko et al (2020), indicam a HTA e DM como sendo dois dos fatores mais influenciadores da morte em doentes infetados com Sars-Cov-2. Também Atkins et al. (2020) acrescenta a DPOC como sendo influenciadora da mortalidade. No entanto, neste estudo, apesar de tanto a DM como a DPOC estarem associadas a um aumento de óbitos, a influência estatística não foi significativa. Estes resultados corroboram ainda os de Xu et al. (2021) e Honardoost et al. (2021), em que pessoas pré-diagnosticadas com cancro e que adquiram Sars-Cov-2 têm maior probabilidade de falecer. Quantificado este aumento, por forma a contrastar o risco de morte em pessoas com ou sem uma destas comorbilidades, obtivemos os seguintes resultados: a presença de HTA, por si só, aumentou em 32% o risco de morte, a presença de IC, em 57% e a presença de neoplasia, em 38%.

Apurou-se ainda que a taxa de mortalidade entre os doentes obesos foi menor que nos restantes. Autores como Vahey et al. (2021) salientam que a obesidade é um fator importante que aumenta a hospitalização destes doentes e Souza et al. (2021) refere mesmo que um doente obeso tem maior probabilidade de falecer. No entanto, importa salientar a elevada probabilidade de existir um viés do estudo no que diz respeito à documentação desta comorbilidade nos processos clínicos. A ausência de informação relativa à obesidade, não significa que a mesma não esteja presente, uma vez que essa avaliação não é documentada como, por exemplo, na UCI.

Analisando a relação da presença ou ausência de comorbilidades com a mortalidade, verifica-se que a taxa de mortalidade nos doentes com comorbilidades foi superior em 55% que nos doentes sem qualquer comorbilidade, sendo a diferença estatística significativa. Quando relacionámos a quantidade de comorbilidades com a mortalidade, verificou-se que quanto maior o número de comorbilidades presentes, maior o risco de falecer. Estes resultados foram estatisticamente significativos e estão de acordo com outros encontrados na bibliografia consultada. Honardoost et al. (2021), e Galvão & Roncalli (2020) referem que a presença de comorbilidades durante uma infeção por SarsCov-2 está associada a um pior prognóstico para o doente. Também Chan et al. (2020) corroboram os resultados, quando relatam que a presença de 2 ou mais comorbilidades está associada a uma maior fatalidade.

Na relação entre a presença de oxigenoterapia à entrada do serviço de urgência e a ocorrência de óbito, podemos verificar que esta variável atuou como fator preditivo da mortalidade, uma vez que os resultados obtidos foram estatisticamente significativos. A explicação para estes resultados poderá consistir na associação entre um estadio mais avançado e grave da doença e a necessidade de compensação respiratória com oxigenoterapia. Infere-se por isso que um doente com Sars-Cov-2 tem maior probabilidade de vir a falecer, se na primeira avaliação no serviço de urgência, tiver necessidade de aporte de oxigénio.

Dos 5 parâmetros gasométricos avaliados à entrada no Serviço de Urgência, 4 tiveram uma relação estatisticamente significativa com a mortalidade. Verificou-se um aumento da mortalidade nos doentes com uma média de “pH”, “pO₂” e “SpO₂” mais baixos e “lactatos” mais alta. Não foi possível comparar estes resultados com os de outros estudos, pois na bibliografia consultada não foram encontrados achados semelhantes passíveis de comparação.

Os doentes submetidos a “VNI em enfermaria COVID”, somaram uma taxa de mortalidade superior em relação aos restantes (45.1% versus 22.4%). Na bibliografia consultada foram encontrados resultados muito díspares. Enquanto no estudo de Menzella et al. (2021), a taxa de mortalidade para doentes com necessidade de VNI foi de 25.3%, no estudo de Yang et al. (2020) esta taxa foi muito superior, com 57%, pelo que se considera não existir consenso. Esta disparidade de resultados pode ser explicada pela diferença de critérios utilizados para a introdução de VNI, nos diversos países e mesmo durante o período de realização deste estudo.

Dos 143 doentes (8.48%) que necessitaram de internamento nos cuidados intensivos a taxa de mortalidade foi de 35.7%. Estes resultados são superiores aos obtidos por Auld et al. (2020), 30.9%, e inferior aos obtidos por Roomi et al. (2020) com 39%. A taxa de mortalidade nos doentes que não tiveram internamento em UCI foi inferior, em cerca de 10 pontos percentuais (25.1%), sendo justificado pela menor gravidade da doença. Estas diferenças estatísticas foram significativas ($p=0.006$), inferindo-se que um doente com necessidade de internamento na UCI com Sars-Cov-2 tem uma probabilidade aumentada de vir a falecer.

Shafran et al. (2021) afirma que um doente com COVID-19 tem maior probabilidade de adquirir uma infeção bacteriana, constando 12.6% de infeções bacterianas nos doentes com Sars-Cov-2. No nosso estudo obtivemos um valor superior (17.4%), sendo que a taxa de mortalidade nos doentes que apresentaram pelo menos uma infeção bacteriana, foi bastante superior (36.2%), comparativamente aos doentes sem qualquer infeção bacteriana documentada (23.9%). Os doentes com Sars-Cov-2 com uma infeção bacteriana têm uma probabilidade aumentada de falecer (Zhou et al. 2020; Wang et al. 2020; Ferrando et al. 2020).

A média de tempo de internamento em enfermaria COVID foi de 10.48 dias e o número total de dias de internamento neste estudo foi de 13.60 dias. Ou seja, o doente esteve em média, aproximadamente mais 3 dias internado no hospital após a saída da enfermaria COVID. Este facto poderá ter tido origem em diversos fatores, dos quais salientamos complicações da própria doença e demora de resposta social.

Os doentes que faleceram tiveram, em média, aproximadamente menos 4 dias de internamento em enfermaria COVID e menos 3 dias no tempo total de internamento hospitalar. Estas diferenças estatísticas foram significativas ($p=0.000$),



pelo que se poderá considerar que, apesar da previsibilidade dos resultados, os doentes com diagnóstico de COVID-19 que faleceram tiveram tempos de internamento mais curtos.

Por forma a traçarmos um perfil tipo do doente internado no CHTV com Sars-Cov-2, tivemos em consideração os resultados maioritários de cada variável, excluindo os valores das gasometrias pela sua especificidade e irrelevância para esta finalidade. Assim, apuramos que a maioria da nossa amostra foi do sexo feminino, com uma idade aproximada de 73 anos, com pelo menos uma comorbilidade, internada durante 14 dias, dos quais 10 dias foram passados em enfermaria COVID, sem necessidade de VNI ou de internamento na UCIP, sem oxigénio à entrada, sem infeções bacterianas e que sobreviveu à doença COVID-19. Assim, percebemos que a maioria dos doentes admitidos no internamento com Sars-Cov-2 são sobretudo idosos, que pela ausência quer de complicações, quer de necessidade de terapias de suporte mais avançadas, tiveram alta após resolução do quadro.

Conclusão

A doença por Sars-Cov-2 foi impactante nos internamentos hospitalares, com um máximo de 280 doentes internados no dia 2 de fevereiro de 2021 no CHTV, cerca de 45% da sua capacidade total para adultos.

Com base nos objetivos delineados, constata-se que o perfil do doente internado no CHTV com Sars-Cov-2 durante o período estudado foi: doente do sexo feminino, com uma idade aproximada de 73 anos, com pelo menos uma comorbilidade, internada durante 14 dias, dos quais 10 dias foram passados em enfermaria COVID, sem necessidade de VNI ou de internamento na UCIP, sem oxigénio à entrada, sem infeções bacterianas e que sobreviveu à doença COVID-19.

A taxa de mortalidade encontrada foi de 26.0%, considerada elevada tendo em conta a referida por outros estudos consultados.

A idade revelou ser uma variável influenciadora da mortalidade, na medida em que os doentes nos grupos etários de idades mais elevadas faleceram em maior percentagem.

No estudo das comorbilidades, as mais prevalentes foram a HTA e DM. As que se revelaram mais influenciadoras da mortalidade foram a IC, seguida da neoplasia e HTA. Quanto à relação entre o número de comorbilidades e a mortalidade, quanto maior o número destas, maior o risco de morte. Também se verificou que a presença de pelo menos uma comorbilidade aumenta em 55% a taxa de mortalidade.

Das variáveis que fizeram parte da “caracterização da admissão”, todas se mostraram influenciadoras da mortalidade. Assim, verificou-se que os doentes com aporte de oxigénio à entrada no serviço de urgência, com uma infeção bacteriana e com necessidade de VNI durante o internamento, faleceram em maior percentagem, sendo mais significativo nas duas últimas. Ter uma infeção bacteriana aumenta o risco de morte em 50%, sendo este o dobro nos doentes sujeitos a VNI.

Dos valores obtidos na primeira gasometria colhida no serviço de urgência, constata-se que nos doentes que morreram, as médias de pH, PO₂ e SPO₂ foram inferiores, já a média dos lactatos foi superior.

O doente com internamento em UCI aumenta em mais de 40% a probabilidade de vir a falecer, comparativamente a outro que apenas teve internamento em enfermaria COVID.

Tal como seria expectável, os doentes que faleceram tiveram médias de internamento inferiores aos demais, tanto em enfermaria COVID, como no tempo total de internamento. A par de outros estudos, os doentes com internamento nos cuidados intensivos, têm uma taxa de mortalidade muito superior aos restantes.

A limitação deste estudo é decorrente da inexistência de registos e da heterogeneidade da pandemia, no que diz respeito à transmissibilidade do vírus, suscetibilidade da população e mesmo mortalidade associada. Há estudos que relatam uma diferença significativa da mortalidade por COVID-19 de uma fase inicial da pandemia para fases mais tardias, quer

pela aquisição de algumas estratégias de tratamento e suporte dos doentes e prevenção da transmissibilidade, quer pelo sucesso da implementação da campanha de vacinação que se iniciou em finais de 2020, quer pelas elevadas mutações que o vírus Sars-Cov-2 foi sofrendo ao longo do tempo, criando uma própria adaptação da nossa imunidade. No entanto, sendo este um estudo transversal, consideramos o intervalo de tempo estrito para suportar inferências mais robustas. Para além desta limitação, sendo uma investigação observacional existe sempre a hipótese de nem toda a informação clínica, com foco documental, estar corretamente registada, como se verificou, no caso da obesidade. Daí que sugerimos mapear os resultados de outros estudos, no sentido de procurar tendências padrão.

Referências bibliográficas

- Atkins, J. L., Masoli, J. A. H., Delgado, J., Pilling, L. C., Kuo, C. L., Kuchel, G. A., & Melzer, D. (2020). Preexisting Comorbidities Predicting COVID-19 and Mortality in the UK Biobank Community Cohort. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 75(11), 2224–2230. doi:10.1093/gerona/glaa183.
- Auld, S. C., Caridi-Scheible, M., Blum, J. M., Robichaux, C., Kraft, C., Jacob, J. T., ... Carpenter, D. (2020). ICU and Ventilator Mortality Among Critically Ill Adults With Coronavirus Disease 2019. *Critical care medicine*, 48(9), e799–e804. doi:10.1097/CCM.0000000000004457
- Centers for Disease Control and Prevention [2022]. Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19: Information for Healthcare Professionals, [Acedido em 9 de nov. 2022] Recuperado de: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>.
- Chan, K. H., Thimmareddygar, D., Ramahi, A., Atallah, L., Baranetsky, N. G., & Slim, J. (2020). Clinical characteristics and outcome in patients with combined diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state associated with COVID-19: A retrospective, hospital-based observational case series. *Diabetes research and clinical practice*, 166:108279. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108279.
- Chen, R., Liang, W., Jiang, M., Guan, W., Zhan, C., Wang, T., ... Medical Treatment Expert Group for COVID-19 (2020). Risk Factors of Fatal Outcome in Hospitalized Subjects With Coronavirus Disease 2019 From a Nationwide Analysis in China. *Chest*, 158(1), 97–105. doi: 10.1016/j.chest.2020.04.010
- Direção Geral da Saúde. Covid-19. Relatório de Situação nº363 de 28/02/2021. [Acedido no dia 03/01/2023] Recuperado de: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/03/363_DGS_boletim_20210228_pdf-293kb.pdf
- Ferrando, C., Mellado-Artigas, R., Gea, A., Arruti, E., Aldecoa, C., Bordell, A., ... Red de UCI Española para COVID-19 (2020). Características, evolución clínica y factores asociados a la mortalidad en UCI de los pacientes críticos infectados por SARS-CoV-2 en España: estudio prospectivo, de cohorte y multicéntrico. *Revista Espanola de Anestesiologia y Reanimacion*, 67(8), 425–437. doi: 10.1016/j.redar.2020.07.003
- Galvão M. H. R., Roncalli A. G. (2020). Fatores associados a maior risco de ocorrência de óbito por COVID-19: análise de sobrevivência com base em casos confirmados. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Acedido em 9 de nov. 2022] Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200106>.
- Giannouchos, Theodoros V., Sussman Roberto A., Mier José M., Poulas K., Farsalinos K. Characteristics and risk factors for COVID-19 diagnosis and adverse outcomes in Mexico: an analysis of 89,756 laboratory-confirmed COVID-19 cases. (2021). *The European Respiratory Journal*, 57(3), 2002144. doi:10.1183/13993003.02144-2020
- Harapan, H., Itoh, N., Yufika, A., Winardi, W., Keam, S., Te, H., ... Mudatsir, M. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *Journal of Infection and Public Health*, 13(5), 667–673. doi:0.1016/j.jiph.2020.03.019
- Honardoost, M., Janani, L., Aghili, R., Emami, Z., & Khamseh, M. E. (2021). The Association between Presence of Comorbidities and COVID-19 Severity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cerebrovascular Diseases (Basel, Switzerland)*, 50(2), 132–140. doi: .1159/000513288
- Hobbs, A. L. V., Turner, N., Omer, I., Walker, M. K., Beaulieu, R. M., Sheikh, M., ... Nelson, G. E. (2021). Risk factors for mortality and progression to severe COVID-19 disease in the Southeast region in the United States: A report from the SEUS Study Group. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 42(12), 1464–1472. doi: 10.1017/ice.2020.1435
- Ko, J. Y., Danielson, M. L., Town, M., Derado, G., Greenlund, K. J., Kirley, P. D., ... COVID-NET Surveillance Team (2021). Risk Factors for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hospitalization: COVID-19-Associated Hospitalization Surveillance Network and Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Clinical Infectious Diseases* 72(11), e695–e703. doi: 10.1093/cid/ciaa1419



- Lee, A. C., Li, W. T., Apostol, L., Ma, J., Taub, P. R., Chang, E. Y., ... Ongkeko, W. M. (2021). Cardiovascular, cerebrovascular, and renal co-morbidities in COVID-19 patients: A systematic-review and meta-analysis. *Computational and Structural Biotechnology Journal*, 19, 3755–3764. doi: 10.1016/j.csbj.2021.06.038
- Menzella, F., Barbieri, C., Fontana, M., Scelfo, C., Castagnetti, C., Ghidoni, G., ... Facciolongo, N. (2021). Effectiveness of noninvasive ventilation in COVID-19 related-acute respiratory distress syndrome. *The Clinical Respiratory Journal*, 15(7), 779–787. doi: 10.1111/crj.13361
- McCullers J. A. (2014). The co-pathogenesis of influenza viruses with bacteria in the lung. *Nature Reviews. Microbiology*, 12(4), 252–262. doi: 10.1038/nrmicro3231
- Petrilli, C. M., Jones, S. A., Yang, J., Rajagopalan, H., O'Donnell, L., Chernyak, Y., ... Horwitz, L. I. (2020). Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, m1966. doi: 10.1136/bmj.m1966.
- Roomi, S., Shah, S. O., Ullah, W., Abedin, S. U., Butler, K., Schiers, K., ... Jallo, J. (2021). Declining Intensive Care Unit Mortality of COVID-19: A Multi-Center Study. *Journal of Clinical Medicine Research*, 13(3), 184–190. DOI: 10.14740/jocmr4452.
- Shafran, N., Shafran, I., Ben-Zvi, H., Sofer, S., Sheena, L., Krause, I., Sklan, E. H. (2021). Secondary bacterial infection in COVID-19 patients is a stronger predictor for death compared to influenza patients. *Scientific Reports*, 11(1), 12703. DOI: 10.1038/s41598-021-92220-0
- Sousa, L., Albuquerque, J. M., Cunha, M., Santos, E. J. F. (2021). Impacto psicológico da COVID-19 nos profissionais de saúde: revisão sistemática de prevalência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE003775. DOI: 10.37689/actaape/2021AR03775
- Vahey, G. M., McDonald, E., Marshall, K., Martin, S. W., Chun, H., Herlihy, R., ... Colorado Investigation Team (2021). Risk factors for hospitalization among persons with COVID-19-Colorado. *PloS One*, 16(9), e0256917. DOI: 10.1371/journal.pone.0256917
- Wang, L., He, W., Yu, X., Hu, D., Bao, M., Liu, H., ... Jiang, H. (2020). Coronavirus disease 2019 in elderly patients: Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *The Journal of Infection*, 80(6), 639–645. DOI: 10.1016/j.jinf.2020.03.019
- Xu J., Xiao W., Shi L., Wang Y., Yang H. Is Wang, L., ... Jiang, H. (2020). Coronavirus disease 2019 in elderly patients: Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *The Journal of infection*, 80(6), 639–645. DOI: 10.1016/j.jinf.2020.03.019
- Yang, X., Yu, Y., Xu, J., Shu, H., Xia, J., Liu, H., ... Shang, Y. (2020). Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet. Respiratory Medicine*, 8(5), 475–481. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet (London, England)*, 395(10229), 1054–1062. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.



UNIDADES TÉCNICAS | TECHNICAL UNITS | UNIDADES TÉCNICAS

Unidade Técnica de Redação, Edição e Documentação
Redaction Technical Unit, Publishing and Documentation
Unidad Técnica de Redacción, Publicaciones y Documentación
Ângelo Fonseca

Edição Internet- Desenvolvimento e manutenção da plataforma da Revista
Internet Edition- Development and magazine platform maintenance
Edición Internet- Desarrollo y mantenimiento de la plataforma de la revista
Ângelo Fonseca

Apoio Técnico, Redação e Edição de Texto
Technical Support, Redaction and Text Edition
Soporte Técnico, Redacción y Edición de Texto
Cristina Lima

Composição e Conceção Gráfica
Composition and Graphic Design
Composición y Diseño Gráfico
Cristina Lima



2023

série • série 2 | número • number 4
quadrimestral • quarterly

ACEPS

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde