

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CONSTRUINDO COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA EM
SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA**

Marie Natalie de Olim

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2022

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CONSTRUINDO COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA EM
SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA**

Marie Natalie de Olim

Orientadora: Professora Doutora Luísa Santos

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2022**

Segue o teu destino,
Rega as tuas plantas,
Ama as tuas rosas.
O resto é a sombra
De árvores alheias.

(Ricardo Reis, 1887).

A ti, pai.

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny pela reconhecida excelência e rigor de ensino de que usufrui desde a Licenciatura até este Mestrado.

À Professora Doutora Luísa Santos pela sua orientação, disponibilidade e amizade.

A toda a equipa de docentes deste Mestrado pela sua exigência e motivação.

Aos enfermeiros tutores, Enf. Zélia, Enf. Norberto e Enf. Hélder e equipas multidisciplinares por onde passei, pela sabedoria partilhada, reflexão contínua e por todas as oportunidades de aprendizagem proporcionadas que propiciaram o desenvolvimento das competências adquiridas.

Aos meus colegas desta caminhada, pelo seu companheirismo e partilha de saberes.

À mulher da minha vida, a minha mãe, pelo seu amor e apoio incondicional.

Ao meu irmão e irmãs, por terem sempre a palavra certa, no momento certo, e por serem exemplo na luta pelos meus sonhos.

Aos meus sobrinhos por serem lufadas de ar fresco.

Aos meus amigos-irmãos, Carina, Bárbara e João Pedro, pela vossa profunda amizade e constante incentivo.

Ao meu namorado, porto de abrigo, pelo seu amor, paciência e compreensão.

A ti, pequeno F., que és a luz das nossas vidas.

Obrigada a todos!

RESUMO

O presente relatório de estágio intitulado “Construindo competências especializadas no cuidar da pessoa em situação neurocrítica” integra-se no âmbito do quarto Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, e a sua apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Através de uma análise crítico-reflexiva do meu percurso profissional e académico, almeja demonstrar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Para tal, esta análise é baseada nas práticas clínicas do curso, nomeadamente o Estágio I – Urgência, o Estágio II – Cuidados intensivos e Estágio III – Opção, também realizado em Cuidados Intensivos, e na experiência clínica adquirida fruto do exercício profissional no serviço de urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Nos quatro capítulos que o compõem, descreve-se o percurso de aprendizagem que espelha o processo de construção de competências especializadas para o cuidar da pessoa em situação crítica, com ênfase no cuidar da pessoa em situação neurocrítica, fundamentado na evidência científica atual e na reflexão na ação e sobre a ação, com vista às competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por conseguinte, destaca a complexidade do cuidar da pessoa em situação neurocrítica e sua família, demonstrando a importância do cuidado do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-Chave: Pessoa em situação neurocrítica; Cuidar; Competências especializadas; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

The presented report, entitled "Building specialized skills in caring for the person in a neurocritical situation", is part of the fourth Masters course in Medical-Surgical nursing at the Escola Superior de Enfermagem de Sao Jose de Cluny, the presentation and public discussion of which, aims to obtain a Masters degree in Medical-Surgical Nursing.

Through a critical-reflective analysis of my professional and academic career, it aims to demonstrate the process of acquisition and development of common and specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the Nursing Area for the Person in Critical Situation. In order to achieve this purpose, this analysis is based on the clinical practices of the course, namely Internship I - Emergency, Internship II - Intensive Care and Internship III - Option, also carried out in Intensive Care, as well as the result of the professional practice in the Emergency Department of Dr. Nélío Mendonça Hospital.

The four chapters that comprise this report describe and reflect the learning path and process of building specialized skills to care for the person in a critical situation, with particular focus on caring for the person in a neurocritical situation. This is done through current evidence-based research and through reflection-in-action and reflection-on-action learning, pursuing the competences of a Master in Medical-Surgical Nursing.

Therefore, it highlights the complexity of caring for the person in a neurocritical situation and their family, demonstrating the importance of care provided by the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing.

Keywords: Person in a neurocritical situation; Caring; Specialized skills; Medical-Surgical Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAC – Comunicação Aumentativa e Alternativa
ACM – Artéria Cerebral Média
ADR – Áreas de Doentes Respiratórios
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BO – Bloco Operatório
BPS – *Behavioural Pain Scale*
CD – Craniectomia Descompressiva
CI – Cuidados Intensivos
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CROS – Comando Regional de Operações de Socorro
CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CV – Catéter Vesical
CVC – Catéter Venoso Central
DGS – Direção-Geral da Saúde
DNR – Decisão de Não Reanimar
DVE – Derivação Ventricular Externa
ECD – Exames Complementares de Diagnóstico
ECG – Eletrocardiograma
EE – Enfermeiro Especialista
EEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida
ESCID – *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor*
ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
EVN – Escala Visual Numérica
FA – Fibrilhação Auricular
FC – Frequência Cardíaca
FR – Frequência Respiratória
FSC – Fluxo Sanguíneo Cerebral
GCS – *Glasgow Coma Scale*

HIC – Hipertensão Intracraniana
HNM – Hospital Dr. Nélio Mendonça
HSA – Hemorragia Subaracnoideia
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
LCR – Líquido Cefalorraquidiano
MI – Medicina Intensiva
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
NVPS – *Adult Non-Verbal Pain Scale*
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
PaCO₂ – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono
PAF – Projeto de Autoformação
PAM – Pressão Arterial Média
PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigénio
PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador
PBCI – Precauções Básicas para o Controlo da Infecção
PIC – Pressão Intracraniana
PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPC – Pressão de Perfusão Cerebral
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
PSC – Pessoa em Situação Crítica
PSP – Polícia de Segurança Pública
RASS – Escala de Agitação e Sedação de Richmond
SE – Sala de Emergência
SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SNC – Sistema Nervoso Central
SNG – Sonda Nasogástrica
SO – Sala de Observação
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio
SRPC, IP-RAM – Serviço Regional de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira
STAT – Sistema de Triagem e de Acolhimento Telefónico
STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TA – Tensão Arterial

TAC-CE – Tomografia Computorizada Cranioencefálica

TCE – Traumatismo cranioencefálico

TH – Transformação Hemorrágica

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

TOT – Tubo Orotraqueal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência Médica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. CONSTRUINDO COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA.....	15
1.1. Caracterização dos locais de estágio.....	22
2. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	31
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	31
2.2. Melhoria contínua da qualidade.....	42
2.3. Gestão dos Cuidados.....	49
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	51
3. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	53
3.1. Cuidar da pessoa e sua família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	53
3.2. Cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.	91
3.3. A prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos no cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.....	91
4. DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	104
CONCLUSÃO	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
APÊNDICES	i
APÊNDICE A1 – CARTAZ “EVITE O RUÍDO”	ii
APÊNDICE A2 –PANFLETO “EVITE O RUÍDO”	iii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Doutrina de Monro-Kellie.....	58
Figura 2 - Morfologia da Onda de PIC	62
Figura 3 - Catéter de DVE e o seu posicionamento.....	66
Figura 4 - Drenagem de LCR através do cateter de DVE	66
Figura 5 - Behavioural Pain Scale (BPS).....	71

INTRODUÇÃO

Os doentes com condições neurológicas representam aproximadamente 10-15% das admissões em unidades de cuidados intensivos (UCI). Além disso, muitos doentes críticos com septicemia ou insuficiência respiratória desenvolvem complicações neurológicas, tais como delírio, epilepsia de estado não convulsivo ou fraqueza neuromuscular que, por sua vez, podem contribuir para a morbidade e um aumento do risco de mortalidade. Os cuidados neurocríticos são uma subespecialidade da medicina intensiva que procura integrar conhecimentos de conteúdo em neurologia de cuidados críticos, competência e experiência na gestão de cuidados críticos em geral e promoção consistente de práticas baseadas na evidência para as pessoas em situação neurocrítica (Kramer & Couillard, 2020).

Para se prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação neurocrítica, é necessário o desenvolvimento e aquisição de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). Contudo, para que se possa cumprir este desígnio, a prática de enfermagem impõe a conjugação da teoria e da prática para se alcançar competências efetivas na área de especialização. Por tal, ganha toda a relevância a realização dos estágios, que surgem com o propósito de complementar a formação teórica, representando uma etapa de aplicação dos conhecimentos aprendidos na prática que podem promover a reflexão crítica e o aperfeiçoamento de habilidades em situações reais, levando ao desenvolvimento de um agir mais consciente, crítico e criativo. Os estágios em enfermagem são um sistema de formação e de experiências coordenados num ambiente académico e conducente à aquisição dos conhecimentos, competências e atributos essenciais para a prática da enfermagem profissional especializada (Ghazy et al., 2021).

O estágio é uma experiência de aprendizagem que constitui a base para a aplicação dos conhecimentos, desenvolvimento de competências e socialização profissional. Por outras palavras, este é um espaço que faculta aos estudantes uma experiência prática em situações da vida real e incorpora atitudes, valores e crenças da prática profissional. O estágio visa proporcionar competências e experiências necessárias para qualificar o estudante como especialista competente em enfermagem (Stephen et al., 2020). As aprendizagens são inesgotáveis havendo sempre oportunidade de melhorar, evoluir e experienciar novas situações, percorrem-se etapas com compromisso profissional, para que quando se chegue ao final de mais uma etapa, se esteja mais próximo de alcançar o patamar de enfermeiro

perito que, segundo Benner (2001), é aquele que já possui muito mais experiência, compreensão intuitiva de situações clínicas e cujo desempenho é fluído, flexível e altamente proficiente.

A experiência em enfermagem na prática clínica é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade, no caso concreto à pessoa em situação neurocrítica. Neste contexto referencia-se Benner (2001), segundo a qual, a profissão de Enfermagem, para produzir mudanças inovadoras, deve enveredar pela aquisição de mais conhecimento numa lógica de formação contínua, o que serve de alicerce à forma como os enfermeiros constroem e melhoram as suas competências com base na aquisição de experiência. A formação é um processo contínuo que nunca deverá cessar. Para prestar cuidados seguros e eficazes, o enfermeiro especialista/perito deve ter formação e proficiência na avaliação das situações com que se depara na sua prática profissional. Adquirir este conjunto de competências e conhecimentos requer tempo e prática. A aprendizagem deste conjunto de competências ajuda o enfermeiro a tornar-se num perito que não só “sabe isso” (“knows that”) mas “sabe como” (“knows how”). As competências necessárias para a prestação de cuidados de excelência à pessoa em situação crítica (PSC) e à pessoa em situação neurocrítica são alcançadas através das experiências obtidas e a sua demonstração, o que será apresentado neste relatório.

O presente relatório de estágio surge, deste modo, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), durante o ano letivo 2021/2022, na Unidade Curricular (UC) Relatório de Estágio e sob orientação da docente Professora Doutora Luísa Santos. A elaboração deste relatório, intitulado “Construindo competências especializadas no cuidar da pessoa em situação neurocrítica”, tem como objetivo principal a sua apresentação e discussão pública para obter o grau de Mestre e o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

Como objetivos específicos delineei os seguintes: demonstrar todo o percurso de desenvolvimento ao longo deste curso, tendo por base uma reflexão e análise crítica, baseando-me no conhecimento adquirido e desenvolvido ao longo da fase teórica do curso e através da pesquisa e aprofundamento do conhecimento; descrever, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas, fundamentando-as sempre cientificamente nas diretrizes da profissão e relacionando-as com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE), em conformidade com o Regulamento nº 140/2019, com as Competências Específicas do

EEEMC à PSC, contempladas no Regulamento nº 429/2018, e com as Competências de Mestre presentes no Decreto-lei nº 65/2018.

Por conseguinte e em conformidade com o plano de estudos do curso de MEMC da EESJC, apresentado no Despacho n.º 8046/2015, as UC de ensino clínico abarcam o estágio I – Urgência, o estágio II - cuidados Intensivos e o Estágio III – Opção, os quais foram realizados sob a supervisão clínica direta de um EEEMC e sob a coordenação do docente coordenador e responsável pela orientação tutorial em cada UC. Com a finalidade de desenvolver as competências suprarreferidas, inicialmente, preparei as respeitantes aos estágios I e II com a elaboração de um plano de estágio, selecionando criteriosamente as atividades a desenvolver para a obtenção das mesmas. Como forma de preparar o estágio III, procedi à elaboração de um Projeto de Autoformação (PAF).

Em termos organizacionais o presente relatório divide-se em quatro capítulos. No primeiro capítulo, apresento uma contextualização do tema de opção, a caracterização dos locais de estágio e o papel do EEEMC nos diferentes contextos de estágio. Seguidamente procedo a uma análise fundamentada no que concerne ao desenvolvimento das competências comuns do EE, contemplando os quatro domínios. No terceiro capítulo apresento o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC, e em específico da pessoa em situação neurocrítica, enfatizando o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima e a intervenção no âmbito da prevenção e controlo da infeção. No quarto e último capítulo relato o desenvolvimento dos conhecimentos e das capacidades de compreensão alusivas ao grau de mestre.

Para organizar e fundamentar o presente relatório recorri à metodologia descritiva, analítica e reflexiva, suportando com evidência, científica, centrada nas experiências vivenciadas nos estágios, as situações-problemas com que me deparei, as concernentes soluções propostas, bem como as dificuldades sentidas.

O presente trabalho foi redigido de acordo com as normas e princípios da 7ª edição APA (*American Psychological Association*) emanadas pela EESJC.

1. CONSTRUINDO COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA

A Enfermagem, como área/disciplina, segundo o Decreto-Lei n.º 161/96, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, visa:

prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (p. 2960).

Como tal, a pessoa, como ser complexo, bio-psico-socio-cultural e espiritual, que é influenciado pelo ambiente que o rodeia, é indissociável da Enfermagem. Isto porque, quer por uma situação que provoque alteração do binómio saúde/doença ou, por outra, que leve a que não consiga satisfazer as suas necessidades humanas básicas, precisa da intervenção da Enfermagem como resposta a estas necessidades, muitas vezes urgentes. Ao cuidar, os enfermeiros devem concentrar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, nutrindo uma visão holística da pessoa e da sua família, de modo a promover uma relação terapêutica que favoreça cuidados de enfermagem com resultados positivos (Silva, 2012).

Tendo em conta a evolução da Enfermagem enquanto ciência e disciplina, ao longo do tempo assistiu-se à necessidade de gerar um corpo de conhecimentos próprio que servisse de alicerce para o exercício da profissão. Deste modo, desenvolveram-se várias teorias e modelos, cuja interligação das diferentes correntes de pensamento das teóricas e dos diferentes modelos associados permitiu, assim, a evolução concetual da profissão (Morais, 2012).

Mais ainda, para Lopes (2021), este corpo de conhecimento próprio da Enfermagem é também construído pelos enfermeiros que atuam integrando os saberes adquiridos e a sua experiência face às necessidades e os problemas que identificam nos diferentes contextos da prática em que exercem, como por exemplo no cuidar da PSC, fazendo uso de um processo de reflexão na ação e sobre a ação que se transforma em ciência ao ser sistematizado, partilhado e validado pelos seus pares.

A PSC, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais

e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 2).

Assim, Carvalho (2016) afirma que a pessoa em situação neurocrítica inclui-se no conceito acima referido devido a uma panóplia de disfunções neurológicas e neurocirúrgicas, tal como hemorragias, enfartes isquémicos, tumores cerebrais, lesões traumáticas, estados de mal epilético e doenças neuromusculares, que exercem forte influência sobre outros órgãos dada à interface entre estes e o cérebro, e que podem traduzir significativas repercussões pessoais, económicas, sociais, entre outros, naqueles que sobrevivem e na sua família. Por este motivo, apresenta particularidades únicas no seu cuidado e a sua admissão em UCI é frequente dado que a Medicina Intensiva (MI), segundo a OE (2018), é por definição uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que inclui de forma específica a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).

Tendo em conta o exposto anteriormente e que, tal como já referido, alicerçar a nossa prática numa teoria é fundamental para a prestação de cuidados de excelência, considero que a teoria de Transição de Meleis é a que melhor se relaciona com a pessoa em situação neurocrítica e sua família. A palavra transição, que deriva do latim *transitióne*, diz respeito ao ato ou o efeito de passar de um estado, assunto ou lugar para outro. Mais ainda, de acordo com Robalo (2016), é mais do que uma simples mudança e “implica um processo psicológico que envolve a adaptação à mudança face aos eventos perturbadores, ou seja, a transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e autodeterminação das pessoas para incorporarem a mudança na sua vida” (p.21).

Meleis (2011) defende que a pessoa deve ser vista como um indivíduo com necessidades próprias, que se encontra em constante interação com o meio ambiente e dotado de capacidade para se adaptar a mudanças que possam surgir. Porém, devido a uma situação de doença ou de maior vulnerabilidade, entra em desequilíbrio, experienciando, ao longo da sua vida, vários processos de transição que acarretam uma adaptação à nova realidade, uma reorganização interior, dada a necessidade de mudança – seja ela forçada ou opcional.

Deste modo, de acordo com a autora supracitada, a transição significa movimento, adaptação para a mudança e não o retorno à condição anterior. O processo de transição é pessoal, afeta cada indivíduo de forma diferente e exige tempo para que se separe de comportamentos e identidades antigos. A maior parte das transições são consequência de

eventos críticos ou pontos de viragem que se constituem como parte do processo e estão relacionados com a consciência de mudança e maior envolvimento na experiência.

Uma vez que o enfermeiro é o profissional de saúde que passa mais tempo com a pessoa e a sua família, deve assumir um papel facilitador no processo de transição, preparando-os para esta vivência e ajudando a identificar ou criar estratégias para ultrapassá-la. Para tal, deve identificar os tipos de transições que estão a vivenciar, que são várias, e podem ocorrer em simultâneo, correlacionando-se. Assim, podem ser do tipo: saúde/doença (mudança repentina, de um estado de saúde para um estado de doença com alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, com compromisso da qualidade de vida); situacional (mudança inesperada com necessidade de redefinição de papéis entre a pessoa e a família/pessoa significativa); de desenvolvimento (processos que decorrem ao longo do ciclo vital, desde o nascimento até à morte) ou organizacionais (consequentes de alterações num ambiente social, político ou económico, ou por mudanças intraorganizacionais em estruturas dinâmicas) (Meleis, 2011 & Robalo, 2016).

Importa acrescentar que para entender inteiramente o processo de transição é necessário identificar os significados das mudanças que nele são incluídos. Para a transição acontecer implica que as pessoas estejam conscientes das alterações que estão a decorrer, ou seja, a consciencialização é uma premissa necessária para este processo e, quanto maior for, maior é o envolvimento do indivíduo na transição (Meleis, 2011).

Assim sendo, a pessoa em situação neurocrítica vivencia um estado de mudança, na maioria das vezes súbito, de saúde para um estado de doença que pode evoluir para a recuperação parcial ou total ou, dada a gravidade e instabilidade, para a morte. Independentemente de existirem ou não sequelas, nos casos em que a pessoa sobrevive, a intervenção do enfermeiro deve procurar uma maior sensibilização e consciencialização da situação, cuidando da pessoa e sua família de modo a criar condições favoráveis a uma transição saudável com vista a maior equilíbrio e estabilidade (Robalo, 2016).

O cuidado neurocrítico tem vindo a evoluir como subespecialidade da MI e tem o seu foco no cuidar de pessoas em situação crítica com lesões do foro neurológico e/ou neurocirúrgico (Tsaousi & Bilotta, 2015).

As lesões cerebrais, de acordo com Manilha et al. (2015), podem ser classificadas, fisiopatologicamente, em primárias ou secundárias. As primárias referem-se às circunstâncias iniciais e estão associadas a eventos isquémicos, hemorrágicos ou traumáticos que alteram a estrutura e a função cerebral. Neste tipo de lesão, os mecanismos mais comuns são a ocorrência de concussões, contusões, cortes e lesões penetrantes no trauma; isquémia

por comprometimento do tecido cerebral geral - por exemplo, em paragem cardiorrespiratória- e local - acidente vascular cerebral (AVC)-; inflamação - meningite, encefalite- e por compressão -hematomas e neoplasias cerebrais. Após uma lesão primária, é ativada uma cascata inflamatória que leva a uma série de alterações intra e extracelulares que resultam em edema cerebral e aumento da PIC, comprometendo a homeostasia cerebral e levando à lesão secundária.

Para Dash e Chavali (2018), lesão secundária é também o termo usado para descrever o agravamento da lesão nos minutos ou horas subsequentes como consequência de vários fatores como a hipoxemia, hipotensão, hipoxia ou hipercapnia, hipo/hiperglicemia, hipo/hipertermia e convulsões. A prevenção de lesões cerebrais secundárias é a principal preocupação do enfermeiro na pessoa em situação neurocrítica, de modo a evitar maior dano.

Posto isto, a pessoa em situação neurocrítica necessita de cuidados específicos, contínuos e especializados. A par disto, a crescente complexidade de equipamentos, técnicas e procedimentos precisos para o seu cuidado, fundamenta a necessidade de os enfermeiros desenvolverem competências nesta área específica. Deste modo, com o intuito de prestar cuidados de qualidade, diferenciados e especializados, nascem as áreas de especialização em Enfermagem que dotam o enfermeiro de competências acrescidas para cuidar da pessoa em determinada fase da sua vida (Silva, 2012).

Esta ideia é corroborada no Regulamento nº 140/2019, o Regulamento das Competências Comuns do EE que afirma que “os cuidados de saúde, e consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (p. 4744). Logo, de acordo com o mesmo regulamento, o EE é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (p.4744).

Para Correia (2012), o termo competência é usado de forma tão indiscriminada e com variadas definições. Geralmente associado a qualificação, capacidades ou habilidades – cujo significado nem sempre é claro – compreende a mobilização adequada dos saberes em cada situação, em determinado contexto. Já em 2001, Benner, definiu competência como a capacidade para desempenhar uma função ou tarefa, com o desejável resultado, nas diferentes circunstâncias da realidade. Para Le Boterf (2003), define-se em saber agir e reagir, isto é, ser competente é conseguir mobilizar os seus recursos, conhecimentos e

capacidades face a uma situação concreta, sabendo igualmente comunicar, aprender e assumir responsabilidade pelas atitudes tomadas.

A competência do enfermeiro reflete a essência complexa dos cuidados de enfermagem pois acarreta uma abordagem holística a cada pessoa, na sua situação. A sua prática deve ser baseada na evidência científica e o enfermeiro constrói, num processo interativo entre si e o meio circundante, a sua competência profissional influenciada pela sua experiência, o meio em que se insere, as oportunidades que surgem, a sua motivação, conhecimento teórico e características pessoais (Correia, 2012).

De acordo com a mesma autora, para o desenvolvimento da competência profissional do enfermeiro, o saber construído pela experiência, pela reflexão sobre a ação e na ação, é de importância fulcral dada a particularidade de cada pessoa que cuida e serve de alicerce para uma construção sólida de saberes que fundamenta o agir profissional.

Assim sendo, segundo a OE (2019), a competência é definida como a efetiva aplicação do conhecimento e das capacidades, demonstrativo de um nível de desempenho profissional. É imperativo ao EE um aprimorar de competências a nível da gestão da qualidade e dos cuidados prestados, da responsabilidade ética e legal e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, competências base da formação especializada em enfermagem e que são tidas como competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Para além destas, conforme o Regulamento nº 140/2019, deve desenvolver competências específicas definidas como aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p. 4745).

Reportando à presente especialidade e à pessoa em situação neurocrítica, que representa, como já abordado, alguém em situação crítica, o Colégio da Especialidade de EMC da OE emanou no Regulamento n.º 361/2015, padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados na PSC em que estes são definidos como:

cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (pág. 17241).

O progresso no conhecimento requer do EEEMC o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência recente, orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem tal como corroborado pelo Regulamento nº 429/2018, o Regulamento das competências específicas do EEEMC. Constitui igualmente “o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização” (p. 19360).

Por conseguinte, de acordo com mesmo regulamento, o foco da prática do EE na PSC é mais do que a monitorização e observação constantes. Inclui, como grandes áreas de intervenção, o cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e a sua família; a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima; a maximização da intervenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil. Novas e constantes exigências pedem novas competências e novas formas de ação, pelo que o EE representa uma mais-valia para o cuidar da PSC e consequentemente, da pessoa em situação neurocrítica.

Assim, pelo papel diferenciador que o EEEMC tem no cuidar da pessoa em situação neurocrítica face à sua complexidade e pelo desafio que representa, é que constitui a minha escolha de opção pessoal para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EE. Para além disso, no pouco tempo em que exerço no Serviço de Urgência (SU), foram variadas as pessoas nele admitidas com disfunções neurológicas e/ou neurocirúrgicas, que, se ainda não se encontravam em situação neurocrítica, poderiam rapidamente evoluir nesse sentido. Todavia, cuidar da pessoa em situação neurocrítica, com toda a abordagem que acarreta, nem sempre é comum na minha prática clínica diária e por isso, senti necessidade de desenvolver competências especializadas nesta área.

Importa considerar igualmente dados epidemiológicos relativamente ao tema de opção que foram também tidos em conta na minha escolha, realçando a importância do mesmo. Para tal, atendi às diferentes disfunções/cenários que podem estar na origem da situação neurocrítica.

Assim sendo, o trauma representa atualmente uma das principais causas de morbimortalidade, motivo pelo qual gera grande debate na atualidade, e é até descrito para vários autores, como um problema de saúde pública e “epidemia silenciosa”, na medida em que abrange sobretudo a faixa etária ativa da população. Aquele que mais vítima é o traumatismo cranioencefálico (TCE) em que a maioria das vítimas sobrevivem com

deficiências significativas, culminando num grande impacto socioeconómico para os próprios e família. Mais ainda, apesar de se ter verificado um decréscimo na última década tanto no número como na gravidade dos TCE nos países desenvolvidos, fruto do aumento da segurança rodoviária e ocupacional, estes permanecem como a principal causa de mortalidade e morbidade entre os adultos jovens (Dash & Chavali, 2018).

De acordo com Carreira (2018), fatores como o subdiagnóstico, a ausência de procura de cuidados em situações de TCE ligeiros e a falta de sistemas de registo em muitas unidades de saúde tornam difícil averiguar a real incidência dos TCE. Porém, de acordo com os dados relatados, nos Estados Unidos da América estima-se a ocorrência de TCE em 1,7 milhões de pessoas anualmente, sendo que 403 em 100000 pessoas dão entrada no SU e 85 em 100000 são internados. Na União Europeia, estima-se uma taxa de incidência de hospitalizações de 235 por 100000 habitantes.

Em Portugal, em 1996 e 1997 a taxa de incidência de TCE seria de aproximadamente 137/100000 habitantes; em 2003 de 87/100000 habitantes e em 2010, cerca de 57/100000. Apesar do decréscimo na sua incidência anual, os números continuam a rondar os 3 mil casos/ano o que representa 15 novos casos a cada dia. Deste modo, estima-se que nos últimos 25 anos, mais de 275.000 pessoas tenham sofrido um TCE grave no país e vivem com sequelas dele resultantes. A taxa de mortalidade varia globalmente entre os 15 e os 24.6/100000. Em Portugal é de 17/100000 com valores mais elevados entre os 20 e 29 anos (Carreira, 2018).

No que concerne à hemorragia cerebral, a sua etiologia é multifatorial e vai desde o TCE, AVC, aneurismas, más formações arteriovenosas, tumores, distúrbios hemorrágicos, anomalias da coagulação, uso de terapêutica anticoagulante em doses excessivamente altas, entre outros (Urden et al., 2008).

A Direção-Geral da Saúde (DGS), em 2016, refere que no anterior, em Portugal Continental, foram admitidos em meio hospitalar 3 713 pessoas com hemorragia intracerebral com 1 068 óbitos; 833 com hemorragia intracraniana não especificada dos quais 166 faleceram e 713 com hemorragia subaracnoideia (HSA) com 144 óbitos.

Especificando para o AVC, em Portugal, constitui a principal causa de morte. O nosso país, comparativamente aos restantes da União Europeia, apresenta maior incidência de AVC em idades mais jovens, relacionado com a adoção de estilos de vida menos saudáveis e um menor desenvolvimento socioeconómico (Mendes, 2018). Todavia, de acordo com o mesmo autor, as estratégias de prevenção instituídas, a implementação de

unidades de AVC por todo o país e a instituição precoce de terapêutica têm vindo a contribuir para a redução não só da sua incidência como também da sua morbimortalidade.

Esta afirmação é corroborada pelos dados apresentados pela DGS (2017), que mostra a admissão, em Portugal Continental, por AVC isquémico de 20 095 pessoas em 2015, com um número de 2 329 óbitos e de 18 659 em 2016, com um total de 2 096 óbitos. Por AVC hemorrágico, em 2015 foram internadas 5 089 pessoas, dos quais 1 236 faleceram, e em 2016, um total de 4 785, com 1 226 óbitos.

Relativamente às pessoas em situação neurocrítica admitidas em Cuidados Intensivos (CI), em Portugal Continental, apenas foi possível apurar os dados da Unidade de Neurocríticos de São João. Assim, de acordo com o relatório publicado pelo Ministério da Saúde em 2013, referente à avaliação da situação nacional das UCI, na referida unidade, nesse ano, foram admitidas um total de 379 pessoas.

No que concerne à realidade da Região Autónoma da Madeira, entre 2009 e 2015, segundo Oliveira et al. (2017), foram admitidos na unidade de AVC 1028 pessoas, uma média de aproximadamente 14 pessoas por mês, cujo diagnóstico mais prevalente foi de AVC isquémico. Já no que concerne aos admitidos na UCI, nos primeiros 10 meses de 2020, (período tido em conta aquando da elaboração do PAF), do total de 405 pessoas admitidas, uma média de 40 pessoas por mês, 86 (21,2%) foram pessoas em situação neurocrítica, predominando os diagnósticos de Hemorragia cerebral (24; 27,9%), TCE (13; 15,1%); Coma (13; 15,1%) e Tumor (13; 15,1%).

Deste modo, considero que a minha escolha em desenvolver e aprofundar competências no cuidar da pessoa em situação neurocrítica é pertinente, não só pelos motivos pessoais anteriormente apresentados, quer pelo gosto pessoal quer pela importância para o meu exercício profissional, assim como pelos dados epidemiológicos aqui expostos que provam tratar-se de uma área atual e com significativo impacto na nossa sociedade.

1.1. Caracterização dos locais de estágio

Em conformidade com o Despacho nº 8046/2015 referente ao plano de estudos do curso MEMC, as UC de ensino clínico abrangem o Estágio I - Urgência, o Estágio II - cuidados Intensivos e o Estágio III – Opção, contemplando várias competências a desenvolver e os resultados das aprendizagens a alcançar para a aquisição de competências comuns e específicas do EEEMC. Tendo em conta o referido, tal como já referenciado anteriormente, iniciei a preparação dos estágios I e II suportada na execução de um plano de estágio onde delinee os meus objetivos para os ensinamentos clínicos e tracei as estratégias que

iria utilizar de modo a alcançar os objetivos definidos; e do estágio III num PAF, sendo que as práticas foram realizadas sob a supervisão clínica direta de um EEEMC e a coordenação do docente coordenador e responsável pela orientação tutorial em cada UC. Em relação à componente teórico-reflexiva, para os estágios I e III elaborei um relatório de estágio e no mínimo duas reflexões críticas segundo o ciclo reflexivo de Gibbs. Para além destas, no estágio II realizei um processo de enfermagem fundamentado à pessoa em situação neurocrítica a meu cuidado, que foi posteriormente apresentado e debatido em orientação tutorial com a docente e restantes alunos do mestrado.

Posto isto, não obstante trabalhar num SU, o Estágio I – Urgência constituiu uma das importantes etapas do meu percurso enquanto aluna do curso de MEMC, na procura da aquisição e desenvolvimento de competências de EEEMC. Atualmente trabalho no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), desde janeiro de 2020 e, por isso, conto ainda com um longo percurso a desenvolver enquanto enfermeira em contexto de urgência e emergência, e claro, com vista à especialização no cuidado à PSC.

Assim sendo, a UC contemplou um total de 250 horas – 140 de contacto (130 de estágio e 10 de orientação tutorial) e 110 de tempo individual do estudante, tendo sido desenvolvido maioritariamente no SU do Centro de Saúde de Machico.

O Centro de Saúde de Machico conta atualmente com um SU permanente, isto é, 24h durante toda a semana e é classificado como um Serviço de Urgência Básico (SUB) dado que, tal como definido pela Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CRRNEU) (2012), integrante na DGS, e no Despacho n.º 10319/2014, representa o primeiro nível de acolhimento de situações de urgência, ambicionando um nível de abordagem e resolução não só de situações mais comuns como também a estabilização inicial de situações urgentes e emergentes, complexas, e respetivo encaminhamento para um nível de cuidados mais diferenciado.

Conta com uma equipa de 20 enfermeiros, quatro dos quais especialistas em EMC. No que concerne a recursos humanos, de acordo com o CRRNEU (2012), pretende-se que em cada turno de trabalho, um SUB disponha de pelo menos dois médicos e dois enfermeiros em presença física - caso exista a necessidade de assegurar um transporte para um SU polivalente (SUP) -, um técnico de diagnóstico e terapêutica de acordo com os exames que possa realizar, um auxiliar de ação média e um administrativo por equipa (DGS, 2001). Pude verificar que no SUB Machico, em cada turno existem mais do que dois médicos em presença física – dois no período noturno e no mínimo quatro nos turnos diurnos, existindo geralmente em número superior assegurado pelos médicos internos – que conciliam os seus

turnos no SU com o seu horário semanal como especialistas de Medicina Geral e Familiar. Relativamente à equipa de enfermagem, em cada turno estão presentes quatro enfermeiros, por vezes em número superior (essencialmente no turno da manhã), decorrentes de alterações devido à pandemia, nomeadamente a criação de circuitos para Áreas de Doentes Respiratórios (ADR) e à implementação da testagem para despiste do vírus SARS-CoV-2 no serviço, que teve início durante o decorrer da minha prática clínica. Igualmente em cada turno, está sempre disponível um administrativo e, no mínimo, um auxiliar de ação médica (em número maior, naturalmente, durante o período diurno). Por fim, não dispõe de nenhum técnico de diagnóstico e terapêutica.

Sabendo que, segundo a CRRNEU (2012), a estrutura física dos SU varia de acordo com o seu nível, é fundamental que todos incluam áreas de admissão e registo, de triagem de prioridades, de espera, de avaliação clínica, de avaliação de situações de emergência/críticos com condições para Suporte Avançado de Vida (SAV), de ortotraumatologia, de curta permanência e observação, de informação e comunicação com familiares, assim como áreas não assistenciais, com fluxos de doentes estabelecidos previamente, de acordo com as problemáticas e/ou prioridade de observação.

Reportando para o SUB Machico, este sofreu alterações no que concerne aos seus espaços e circuitos dos doentes, face à necessidade de reorganização imposta pela pandemia. Assim, a admissão do doente no SU é realizada na secretaria, onde o administrativo dá a sua entrada e disponibiliza-lhe uma pulseira com a sua identificação. Posteriormente, o doente segue para uma zona de espera até que um enfermeiro o chame para a sala de triagem. Neste, é feita uma breve abordagem ao doente, avaliando a sua situação clínica, inclusive a avaliação dos sinais vitais, que determina o seu percurso seguinte – não existindo ainda implementando um sistema definido de triagem como por exemplo, a o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Atualmente, nesta triagem é aplicado a todos os doentes não só o inquérito de risco de Covid 19, que determina se estamos perante um possível caso de infeção por SARS-CoV-2 como também o inquérito ADR, de acordo com os sintomas apresentados pelo doente.

Em caso de inquérito positivo, caso seja o de Covid 19 ou de ADR, o doente segue para a zona ADR que dispõe de uma sala de espera, um gabinete médico, uma sala de tratamento e uma outra sala destinada principalmente para a realização dos testes para despiste de SARS-CoV-2 ou também para tratamento em caso de necessidade de isolar alguma situação específica. Aqui, fica um enfermeiro destacado para a zona ADR e um para a colheita de testes conforme necessidade.

Em caso de inquéritos negativos, o doente segue o circuito normal que o leva até uma outra sala de espera até que seja chamado pelo médico. Deste modo, no circuito normal existem quatro balcões/gabinetes de atendimento. É nestes gabinetes que os doentes são avaliados pela equipa médica em que pode ser iniciado já o tratamento dado que é aqui que todo o material para a preparação e administração de terapêutica está todo acondicionado. Seguidamente o doente poderá ter alta ou então é encaminhado para uma sala de observação (SO). O SUB Machico dispõe de quatro SO, um destinado apenas à vertente pediátrica e os outros três destinados à população adulta. Destacado para o atendimento dos doentes neste circuito fica no mínimo enfermeiro, sendo que a gestão dos recursos humanos vai variando consoante a necessidade do serviço, a afluência e a tipologia das situações que levam o doente ao SU.

Igualmente, neste denominado circuito normal, existe um gabinete de enfermagem, duas arrecadações de material de consumo hospitalar, duas copas e uma sala de emergência (SE).

Para a CRRNEU (2012), é fulcral a salvaguarda de condições de visualização constantes dos doentes, o que não se verifica no serviço em questão. Infelizmente, do gabinete de enfermagem, não se consegue visualizar os doentes que estão em SO, no entanto, o acesso a estes é fácil e o corredor está sempre livre, desimpedido de macas ou doentes, tal como é preconizado.

No que diz respeito a recursos materiais, a SE dispõe de praticamente todos os materiais que são preconizados pela CRRNEU (2012) e pelo Despacho n.º 10319/2014. Assim, possui um carro de emergência com material e terapêutica para a realização de SAV; um ventilador; um monitor com desfibrilhador automático e pacemaker externo; um monitor que permite a avaliação de oximetria de pulso e de pressão sanguínea; um aparelho para realização de gasimetria arterial; kits com talas para imobilização de membros; um computador; um armário e balcão com todo o material necessário para a preparação e administração de terapêutica; um telefone fixo com contactos por exemplo do Serviço Regional de Proteção Civil (SRPC, IP-RAM), da Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR) e do Centro de Informação Antivenenos; uma mala de transporte com terapêutica básica para a realização do transporte do doente para o SUP e por fim, um eletrocardiógrafo, que permite a realização de eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações.

Por fim, sabe-se que a relação do SU com estruturas circundantes, como os sistemas telefónicos de triagem e orientação, a emergência pré-hospitalar e os Cuidados de Saúde Primários (CSP) é fundamental para diminuir a utilização inapropriada do SU e ganhar

qualidade e eficiência no atendimento aos doentes que recorrem aos serviços (CRRNEU, 2012). Assim sendo, pude constatar que o SUB Machico articula-se frequentemente não só com o serviço de atendimento telefónico de triagem do SRPC, IP-RAM e a EMIR com vista à continuidade de cuidados perante a necessidade de transporte de um doente para SUP, como também com os CSP, quer no encaminhamento de doentes das consultas para observação no SU quer no sentido inverso.

Incluído no Estágio I, realizei ainda três turnos no SRPC, IP-RAM, com o intuito de desenvolver competências no cuidado à PSC em contexto pré-hospitalar, assim como desenvolver competências em contexto de exceção/catástrofe. Não obstante a sua importância, por se ter tratado de um período curto, opto por realizar a caracterização deste local de estágio em capítulo posterior, integrado nas observações, pesquisas e experiências tidas no decorrer deste período.

As unidades curriculares de Estágio II - cuidados intensivos – e Estágio III – Opção decorreram na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e no Serviço de Internamento de Neurocirurgia/Neurologia do HNM. Optei por dividir o meu estágio de opção em dois serviços: a UCIP do HNM, num total de 160 horas e as horas remanescentes (38h) no serviço de internamento de Neurocirurgia/Neurologia do mesmo hospital.

Defende-se que os Serviços de Medicina Intensiva (SMI)/UCI devem ser responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre, quer seja no SU através de presença nas salas de emergência, nas unidades intensivas e intermédias e/ou no internamento através das equipas de emergência interna.

Assim, os SMI assumem a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados no que concerne a critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem descurar a necessária articulação com o médico assistente e com outros clínicos implicados no tratamento do doente e, evidentemente, a participação do doente, quando possível, e da sua família na definição da estratégia terapêutica (DGS, 2017).

O SMI/UCIP do HNM, sendo único na região, representa assim este local com a máxima qualificação para a prestação de cuidados ao doente crítico, assumindo, por estes, a total responsabilidade

A terminologia usada para a caracterização do nível de assistência médica das zonas onde se praticam CI tem sido variada, sendo consenso atual a classificação adotada pela Sociedade Europeia de MI em três níveis, conforme as valências disponíveis e as técnicas utilizadas, que reconhece a coexistência de diferentes níveis num mesmo hospital. Assim

sendo, o nível I objetiva a monitorização não invasiva e depreende a capacidade de garantir manobras de reanimação e articulação com outros serviços/unidades de nível superior; o nível II inclui a capacidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais podendo ou não permitir o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas; e por fim, o nível III, praticado nos SMI/UCI, que devem ter equipas próprias qualificadas, com a presença física, nas 24h, de intensivista, e compreende a possibilidade de acesso de meios de diagnóstico, terapêutica e monitorização assim como a implementação de medidas de controlo de qualidade contínuo e programas de ensino e treino em CI. Assim, a denominação de SMI ou UCI, em hospitais portugueses, diz respeito apenas a unidades de nível III (DGS, 2017).

Considerando o exposto, a UCIP constitui, portanto, uma unidade de nível III, com um quadro próprio de pessoal médico, vários dos quais com subespecialidade em MI. A equipa de enfermagem, tem vindo a sofrer diversas alterações, com necessidade de reforço de EEMC de outros serviços da RAM, para fazer face ao contexto pandémico que vivemos. Assim, é constituída por 73 enfermeiros, dos quais 30 são EEEMC, um EE em saúde mental e psiquiátrica, quatro EE em reabilitação e um EE de saúde comunitária, que asseguram cuidados nas 24h.

O número de EEEMC tem vindo a aumentar na UCIP, congruente com o defendido pela DGS (2020), que objetiva não só o aumento significativo do número de enfermeiros nos quadros do SMI, alvo de um processo de treino estruturado, para o cuidado ao doente crítico, privilegiando a contratação de enfermeiros EEEMC na área do doente em situação crítica, e de enfermeiros especialistas em reabilitação.

A dotação de enfermeiros encontra-se impreterivelmente associada à qualidade dos cuidados prestados e à segurança do doente. Neste sentido a OE definiu, no Regulamento n.º 743/2019, o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, de acordo com o nível de cuidados em UCI, os rácios enfermeiro/doente, preconizando para uma unidade de nível III - um enfermeiro por doente. Congruente com a literatura, na UCIP, na maioria das vezes, um enfermeiro fica responsável por um doente, porém, dado o crescente aumento de internamentos e a por vezes escassez de recursos humanos, pode ser necessário um enfermeiro ficar com dois doentes atribuído, geralmente com soma de necessidades de cuidados de enfermagem menores - de acordo com escalas utilizadas para a medição da carga de trabalho de enfermagem sobre a qual explanarei em capítulo posterior. Em cada turno existe um enfermeiro chefe de equipa, que é o responsável

pela distribuição dos doentes e que assume um papel de colaborador e consultor nas atividades relacionadas com a prestação e gestão dos cuidados.

Para a DGS (2003), os SMI/UCI são definidos como sendo polivalentes, isto é, /quando são dotados de capacidade para garantir os cuidados integrais ao doente à sua responsabilidade, não descurando a interdisciplinaridade que impõe. Deste modo, devem dispor de modelos de articulação funcional com outras áreas onde possam se encontrar doentes a necessitar da sua intervenção, nomeadamente: unidades intermédias e outras que prestem cuidados a doentes que necessitam de vigilância contínuo; SU; Bloco Operatório (BO) e sistemas de emergência intra-hospitalar.

O SMI/UCIP localiza-se no andar técnico do HNM e está dividido, atualmente, em duas unidades. A primeira, dispõe de uma lotação de oito camas, um dos quais um isolamento, dispostas em redor de uma área de trabalho de enfermagem que permite a constante vigilância dos doentes. A segunda unidade, denominada por Cuidados Especiais de Urgência, recentemente criada, está situada, tal como o nome indica, no SU do HNM, e diz respeito a um espaço partilhado entre este serviço e o SMI. Esta, no que concerne àquelas da responsabilidade do SMI, tem uma lotação de sete camas, dispostas de forma semelhante à outra unidade. Ambas contam com um setor de apoio, com gabinetes, copa e arrecadação de materiais; o setor de internamento e o setor de sujos. Importa ainda salientar, que na área polivalente de internamento para doentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, foi criada também uma unidade com lotação de oito camas e ainda outras duas numa área de contingência.

Sendo uma unidade polivalente, o SMI/UCIP está dotado de capacidade, competência e equipamentos para a monitorização invasiva e não invasiva, o suporte de funções e as mais variadas técnicas de diagnóstico e terapêutica. Articula-se não só com todos os serviços dentro do SESARAM, EPE como também do exterior (como por exemplo, outras instituições de saúde particulares), de onde os doentes podem provir. Assegura a assistência a todos os doentes crítico admitidos na sala de emergência e quando solicitado aos doentes internados nas salas de observação do SU do HNM. Para além destes, assegura os cuidados de emergência intra-hospitalar, ou seja, os cuidados urgentes e emergentes, a todos os adultos internados no HNM, bem como os que circulam no perímetro hospitalar, 24 horas por dia, sete dias por semana. Em cada turno estão destacados um enfermeiro e um médico para esta função que fazem a triagem de situações urgentes/emergentes e dão uma resposta integrada ao doente urgente/emergente, abordando-o, fazendo a reversão ou

estabilização das suas funções vitais comprometidas e o seu encaminhamento para as unidades de tratamento mais adequadas.

No 7º piso poente do HNM está sediado o serviço de internamento das especialidades de Neurocirurgia, Neurologia e Oftalmologia.

A equipa de enfermagem, é constituída por 34 enfermeiros, dos quais um é EEEMC; cinco em enfermagem de reabilitação e um em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Através do método de trabalho de enfermeiro responsável/enfermeiro associado e divididos geralmente em nove enfermeiros no turno da manhã, quatro no turno da tarde e três no turno da noite, esta equipa assegura o cuidado a um total possível de 34 doentes, distribuídos por nove enfermarias com capacidades variáveis entre duas a seis camas e dois isolamentos, cada um com uma cama.

A gestão da carga de trabalho é realizada através do sistema de classificação de doentes, que contabiliza a totalidade das horas necessárias de cuidado para cada doente, e que é realizada por cada enfermeiro no final do turno da manhã, sendo válida para as 24 horas seguintes. Assim, o enfermeiro chefe faz a distribuição dos doentes pela equipa de enfermagem, respeitando, sempre que o possível, a atribuição dos enfermeiros responsáveis/associados com o intuito de garantir a melhor continuidade dos cuidados.

Para além destas enfermarias, o serviço dispõe de sala de visitas logo à entrada, um gabinete de enfermagem, uma sala de trabalho, duas casas de banho adaptadas para os doentes, uma casa de banho para os profissionais, uma arrecadação de materiais e uma zona de despejos.

Os doentes admitidos neste internamento, após teste SARS-CoV-2 negativo (que é repetido cinco dias após a admissão) geralmente têm na sua proveniência o SU, a UCIP, o domicílio (através de cirurgias programadas) ou então a consulta externa do HNM. Após o internamento, o seu principal encaminhamento é o regresso ao domicílio, o internamento em serviços da rede de cuidados continuados da região ou outras instituições particulares de saúde, como as casas de saúde. De realçar que a preparação para a alta começa a ser feita desde a sua admissão, através da articulação com a comunidade, os serviços para onde o doente irá, a família, e registado através da elaboração da nota de alta.

Assim, este serviço articula-se principalmente com outros dentro do próprio hospital, especialmente o serviço de medicina física e reabilitação, a dietista e o serviço social, assim como outros serviços necessários para a salvaguarda da continuidade de cuidados ao doente.

Os contextos escolhidos para a realização dos ensinamentos clínicos tiveram um papel fulcral no meu percurso académico dado que propiciaram oportunidades para a consolidação do conhecimento através da integração dos conteúdos teóricos com a prática, possibilitando, desta forma, a edificação das competências comuns e específicas do EEEMC, conforme será descrito nos capítulos seguintes do presente trabalho.

2. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE deve desenvolver habilidades e competências especializadas num domínio específico da enfermagem. Deste modo, a OE estruturou as competências comuns e as específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica através do Regulamento n.º 140/2019, o Regulamento das Competências Comuns do EE, e o Regulamento n.º 429/2018, o Regulamento de Competências Específicas do EEEMC. Neste pressuposto, serão abordadas, neste capítulo, as competências comuns do EE, de acordo com os quatro domínios, de forma crítica e reflexiva, em articulação com as vivências e aprendizados decorridos durante cada UC.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

A OE, no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no seu Artigo 8º preconiza que todos os enfermeiros têm de adotar uma postura e conduta ética e responsável, atuando no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos, atuação onde a tomada de decisão é uma constante no quotidiano profissional dos enfermeiros (OE, 2015).

No cuidado à PSC e seus familiares, a complexidade e as características da PSC, bem como das instituições de saúde tornam algumas decisões complexas. Benner (2001) aborda a influência que a experiência profissional desempenha na tomada de decisão, sendo os enfermeiros classificados progressivamente de iniciados a peritos. O enfermeiro perito é capaz de tomar decisões como resultado do seu julgamento intuitivo alcançado através da intuição baseada na perícia acumulada. Este julgamento intuitivo compreende o reconhecimento de padrões, o reconhecimento de similaridades, compreensão da situação, “*know-how*” qualificado, sentido de prioridade e visão global da situação.

A tomada de decisões é um fenómeno fundamental para a prática dos cuidados de saúde e os enfermeiros são responsáveis pela PSC e seus familiares, pela profissão, e pela organização onde exercem funções. Por conseguinte, é imperativo que haja responsabilidade profissional, ética e legal, o que envolve quer o raciocínio diagnóstico, quer o julgamento clínico. De acordo com Benner (2001), a experiência é primordial, sendo que esta conjuntamente com a intuição, formação e ambiente influenciam o processo global de

tomada de decisões. A experiência, contudo, continua a ser o derradeiro contribuinte quando se tomam decisões.

A promoção de prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais permitem que se ofereça ao doente a melhor resposta no que concerne à entrega de cuidados de enfermagem de qualidade (OE, 2019). A prática de enfermagem é confrontada diariamente com questões relacionadas com os princípios éticos e deontológicos em variadíssimas situações, embora nem sempre se tenha consciência disso. Ao EE cabe ainda mais a responsabilidade de atuar em primazia com os valores humanos, procurando prestar os cuidados mais humanizados possíveis.

A elevada afluência ao SU, as limitações nos recursos materiais e humanos, o tempo escasso para a observação dos doentes e a necessidade de tomar decisões rápidas, de acordo com Rosa et al. (2016), tornam impessoal a maioria dos atendimentos no serviço, prejudicando, desta forma, as relações entre os doentes e os profissionais de saúde e estabelecendo um clima de insegurança e defesa que conduz, frequentemente, a conflitos de natureza ética.

Deste modo, para os autores supracitados, aqueles que desenvolvem a sua prática nesta área devem familiarizar-se com os principais conceitos éticos e legais comuns no SU, sendo imperativo o respeito a princípios, tidos como imutáveis, como por exemplo, o respeito pela vida humana e a sua dignidade e o respeito pelo sigilo profissional.

Vieira, citado por Moreira (2017), afirma que “lidar diariamente com problemas éticos requer conhecimento e informação sobre leis, sensibilidade, saber ético, virtudes e experiência de vida” (p. 31). Portanto, impõe-se que os enfermeiros recorram a competências de tomada de decisão fundamentada numa prática responsável, assente em princípios éticos, valores e normas deontológicas, com o intuito de promover a proteção dos direitos humanos e por conseguinte, a dignidade da pessoa.

Esta ideia coaduna com o Regulamento n.º 140/2019, o Regulamento das Competências Comuns do EE que define que este “desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.4746).

Considerando o exposto e sabendo que, para Silva (2007)

os SU funcionam em espaços despersonalizados, partilhados, simultaneamente, por muitos utentes e vários profissionais de saúde, num ambiente de permanente agitação (...) A permanência de doentes dispersos em macas, por longos períodos de tempo, é testemunho frequente de quem recorre a estes serviços, que facilmente são cunhados como “desumanos” (p.14)

fez-me sentido refletir sobre algumas situações frequentes não só no meu exercício profissional no SU do HNM como também no decorrer do Estágio I, com vista a desenvolver uma prática pautada pela excelência no respeito pela dignidade humana e no cumprimento dos meus deveres enquanto EE, alicerçada no código deontológico da profissão.

No respeito pelo direito à autodeterminação, que assenta no princípio da autonomia, que possibilita ao doente, segundo Rosa et al. (2016), a liberdade de decisão, mediante conhecimento e informação correta, o direito à informação tem relevante importância por garantir a autonomia do indivíduo, reconhecendo a sua dignidade (Mendonça, 2017).

Assim, de acordo com a Lei n.º 156/2015, o Código Deontológico dos Enfermeiros, no seu artigo 105º, o enfermeiro tem o dever de informar o a pessoa e a sua família, no que concerne aos cuidados de enfermagem, atendendo de forma responsável todo o pedido de informação ou explicação feito no que concerne aos cuidados prestados. Porém, a mesma lei, no seu artigo 106º, defende que o enfermeiro “deve partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (p.8079) nunca descuidando o dever de sigilo profissional.

Mais ainda, importa realçar que, o consentimento informado representa a expressão da vontade do doente perante determinada intervenção e/ou tratamento e por isso, permite o exercício da sua autonomia, princípio intrínseco ao direito à dignidade humana (Moreira, 2017). Por isso, conforme a Lei n.º 156/2015, é imperativo que o enfermeiro cumpra o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (p.8079).

Deste modo, desenvolvi uma prática em conformidade com o Código Deontológico, procurando assegurar-me do respeito do direito do doente à autodeterminação no âmbito dos cuidados de enfermagem prestados. Consciente que perante a azáfama característica de um SU, que experiencio diariamente no meu exercício profissional, é fácil negligenciar estes aspetos, o estágio no SUB permitiu-me cimentar os meus cuidados no respeito por estes princípios e deveres. Procurei transmitir toda a informação necessária a cada doente, relativamente ao seu estado de saúde e as intervenções de enfermagem planeadas e posteriormente realizadas, utilizando uma linguagem adequada a cada um, disponibilizando-me para o esclarecimento de qualquer dúvida que pudesse surgir e, com a sua devida autorização, envolvendo a sua família no processo. Obtive, desta forma, o seu o consentimento em todas as situações de prestação de cuidados ciente de que, este só é válido, de acordo com Moreira (2017), quando este estiver devidamente esclarecido sobre o seu

diagnóstico, natureza, e possíveis consequências das intervenções ou do tratamento para o qual se solicita o consentimento.

Todavia, importa ressaltar que na impossibilidade de obter o consentimento livre e esclarecido do doente, situação muito frequente em contexto de urgência e emergência, por exemplo na SE, dada a gravidade do seu estado de saúde, aplica-se o consentimento presumido, na salvaguarda da vida e da dignidade humana (Mendonça, 2017).

De acordo com Moreira (2017), situações em que a obtenção do consentimento implique o adiamento de uma intervenção ou tratamento que conduza a perigo de vida, perante a incapacidade de o doente consentir, estão contempladas na lei como não puníveis, em benefício da saúde da pessoa em causa. Desta forma, “o consentimento presumido é assim, a figura jurídica que protege a autodeterminação de um paciente incapaz de declarar a sua vontade real” (p.36). Portanto, os profissionais nesta situação devem agir seguindo os princípios da beneficência e da não maleficência, suportados pelo artigo 8º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, aprovados pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, “sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa” (p.28).

A admissão de um doente num SU ou UCI acarreta diversas implicações a vários níveis, que colocam, por exemplo, em causa o seu direito à intimidade e à privacidade individual que, de acordo com Silva (2007), representa um papel predominante nos vários domínios da vida, especialmente nos momentos de maior fragilidade e vulnerabilidade que tendem a acompanhar o processo de doença.

Para a autora supramencionada, durante o processo da prestação de cuidados de saúde durante a hospitalização, as zonas da intimidade pessoais sofrem alterações decorrentes da inevitável proximidade física e até psicológica, com incidência nos aspetos íntimos da pessoa, que podem levar a sensações de perda de autonomia.

Não obstante as situações urgentes e emergentes em que urge agir de forma oportuna para a estabilização do doente, muitas vezes em prejuízo da salvaguarda da sua privacidade, este direito nunca deve ser descurado e ocorre frequentemente durante a realização de procedimentos de invasivos, prestação de cuidados de higiene, posicionamentos e até a transmissão de informação clínica ao doente, muitas vezes no corredor, numa sala, cheia de outros doentes e por onde passam inúmeros outros profissionais em simultâneo. Durante o meu exercício profissional, deparo-me comumente

com estas situações que me inquietam, especialmente quando se prestam cuidados a vários doentes, em simultâneo, num mesmo espaço.

Assim, assente no artigo 107º da Lei n.º 156/2015, o Código Deontológico dos Enfermeiros, atendi aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes a cada pessoa a quem prestei cuidados, respeitando a sua intimidade. Procurei sempre expor apenas o mínimo necessário durante a realização de procedimentos e prestação de cuidados, recorrendo a biombos, cortinas e até quando possível, encaminhando o doente para salas vazias para que se sentisse mais à vontade. Alertei e sensibilizei também os assistentes operacionais para este cuidado, supervisionando e assumindo responsabilidade pelas tarefas que deleguei, sempre pela salvaguarda da privacidade e intimidade da pessoa.

Espelhando o cumprimento do emanado pela lei acima citada, no seu artigo 102º, zelei pelo cumprimento das vontades dos doentes ao meu cuidado, com respeito pela sua individualidade e pelos valores humanos, sem nunca discriminar e abstendo-me de juízos de valores, que considero ter sido importante para o desenvolvimento das competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

Considerando o ambiente das UCI de acordo com Moon e Kim (2015), os conflitos éticos entre os profissionais que neles exercem são frequentes, o que pode incorrer em impactos negativos não só nestes profissionais de saúde como também no doente e sua família, diminuindo a qualidade dos cuidados.

Para Fernandes e Moreira (2013), as questões éticas que emergem da prática clínica em CI decorrem do contexto, do perfil do enfermeiro e da situação clínica do doente. O contexto é influenciado pela cultura das UCI, que visa salvar vidas, pelas relações profissionais, principalmente as estabelecidas entre médicos e enfermeiros que por vezes divergem quanto à adoção de intervenções e a alocação de recursos, e pela estrutura arquitetónica das unidades que não contribuem para a preservação da privacidade. Estes aspetos, quando conjugados com o sofrimento vivenciado pela pessoa – que tem as suas limitações em comunicar os seus desejos e necessidades- e pela família, contribuem para um ambiente no qual se levantam as questões éticas. Além disso, o desenvolvimento pessoal, a capacidade de se questionar, as experiências profissionais e a formação dos enfermeiros tem forte influência na identificação, experiência e implementação de estratégias de resolução de problemas éticos.

Assim, a UCI representa um local comum de dilemas éticos, com uma incidência maior comparativamente a outros serviços de internamento (Moon & Kim, 2015). Este facto é corroborado por Pishgooie et al. (2018) que referem que estas unidades traduzem um dos

locais mais críticos e stressantes num hospital, com uma equipa multidisciplinar que fornece os cuidados necessários às pessoas em situação crítica, em risco de vida, utilizando para tal todos os meios e equipamentos ao seu alcance.

No seio desta equipa, os enfermeiros são os profissionais que mais se debatem aspetos como o problema do consentimento informado, a confidencialidade ou falta de proteção dos direitos do doente, o uso de tratamentos tidos como excessivamente agressivos e os cuidados em fim de vida. Mais ainda, a natureza dinâmica do ambiente de trabalho, incluindo a falta de envolvimento total dos enfermeiros no processo de tomada de decisão, as divergências morais entre médicos e enfermeiros sobre certas decisões ou práticas e a dificuldade em atender às questões de natureza bioética desempenham um papel importante na prevalência de conflitos éticos (Pishgooie et al., 2018).

Ao longo dos estágios II e III, tive como objetivo aperceber-me de quais os problemas/dilemas éticos mais comuns na UCIP. Pude constatar que as principais questões com as quais a equipa de enfermagem se debate está relacionado com aspetos como a obstinação terapêutica/futilidade das intervenções, especialmente em situações de fim de vida, assim como o respeito pela intimidade e privacidade individual das pessoas a quem prestam cuidados e suas famílias.

Deste modo, validei que estes aspetos são congruentes com aquilo já aqui exposto pelos autores e que já em 2013, eram referidos por Fernandes e Moreira. Segundo o estudo por estas realizado, as questões éticas que emergem no quotidiano do trabalho do enfermeiro numa UCI podem ser divididos em cinco categorias: decisões em fim de vida; privacidade; interação doente/família; trabalho em equipa e acesso a cuidados de saúde.

No que concerne às decisões em fim de vida, os enfermeiros consideram que tanto a obstinação terapêutica como as preocupações com a Decisão de Não Reanimar (DNR) ocorrem frequentemente, expressando preocupações com o infligir sofrimento em situações irreversíveis. Para além disto, o respeito pela autonomia do doente é dificultado porque a maioria está sedada e incapaz de comunicar verbalmente o que incorre, muitas vezes, em não questionar a sua vontade quando estão despertos.

Relativamente à categoria privacidade, aspetos como o respeito pela intimidade, confidencialidade e sigilo são comprometidos pela própria estrutura das unidades, geralmente em espaço aberto, em que o doente está apenas coberto por um lençol (Fernandes & Moreira, 2013).

De acordo com as autoras referenciadas anteriormente, a humanização do atendimento, o direito do doente/família à verdade e à informação, bem como o

envolvimento da família na tomada de decisões são aspetos referidos na interação do enfermeiro com o doente e sua família e são significativos na promoção do respeito pela autodeterminação do doente, o que é particularmente relevante quando não está consciente.

No que diz respeito ao trabalho em equipa, são referidas questões como o assumir de responsabilidade e a falta de critérios *standard* e, por fim, na última categoria, o acesso a cuidados de saúde, a preocupação com a equidade de acesso assim como os recursos limitados e o desperdício dos mesmos (Fernandes & Moreira, 2013).

Faz-me sentido ainda explanar sobre outra das situações que surgiu no decorrer da prática clínica no cuidado à pessoa em situação neurocrítica e que me fez refletir sobre o fim de vida em CI. Durante alguns turnos, prestei cuidados a uma senhora de 79 anos, que tinha sido admitida na UCIP por hematoma do cerebelo, hemorragia subdural com contusão hemorrágica frontal direita com consequente hidrocefalia. Havia sido submetida a uma craniotomia descompressiva, com colocação de catéter de PIC e Derivação Ventricular Externa (DVE). Encontrava-se já sem sedação, mas com resposta neurológica reduzida - um score de 3 na Escala de Coma de Glasgow (GCS). Ventilada ainda após várias tentativas de desmame ventilatório, sem sucesso por sucessivos períodos de desadaptação com edemas agudo do pulmão de repetição. Sob suporte vassopressor assim como antibioterapia múltipla por culturas positivas (quer da ponta do catéter de DVE quer das secreções traqueobrônquicas). No último turno, após novo edema e crise convulsiva, foi realizada nova Tomografia Computorizada Cranioencefálica (TAC-CE) e análises em que se constatou nova hemorragia e que a cliente tinha sofrido também um enfarte agudo do miocárdio. Perante esta agravamento do estado clínico da cliente, houve ainda um debate entre a equipa médica relativamente às seguintes atitudes a tomar, nomeadamente a implementação ou não da DNR e a retirada das medidas de suporte vital.

Os objetivos tradicionais da MI, segundo Cook e Rocker (2014), consistem em reduzir a morbilidade e mortalidade associadas a doenças críticas, manter a função dos órgãos e restaurar a saúde. Porém, apesar dos avanços tecnológicos, a morte em UCI continua a ser comum. Quando a disfunção orgânica resultante de uma doença crítica desafia o tratamento, quando os objetivos do cuidado não podem ser alcançados ou quando a manutenção dos cuidados provavelmente conduzirá a resultados incongruentes com os valores dos doentes, a equipa da UCI deve assegurar que estes morram com dignidade.

A definição de "morrer com dignidade", de acordo com as autoras supramencionadas, reconhece não só o intrínseco e incondicional valor humano, mas também qualidades externas de conforto físico, autonomia, significado,

preparação e conexão interpessoal. Preservar a dignidade das pessoas em situação crítica, evitar danos e prevenir ou resolver conflitos são condições do privilégio e responsabilidade de cuidar da pessoa em fim de vida.

O cuidado no final da vida é uma abordagem cujo foco ambiciona o controle dos sintomas, conforto, dignidade, qualidade de vida e qualidade de morte, em vez de tratamentos que visam a cura ou prolongamento da vida. Na UCI, cuidar em fim de vida está intrinsecamente ligado a questões como a DNR ou a retirada de medidas de suporte vital, que devem ser determinados após discussão entre a equipa multidisciplinar e a família do doente. Todavia, estas intervenções são frequentemente agrupadas sob o termo eutanásia, especialmente na imprensa e na opinião pública (Divatia, 2020).

Deste modo, o mesmo autor defende que a doença terminal é uma condição irreversível ou incurável da qual a morte é esperada em um futuro previsível. A DNR constitui uma decisão médica válida, em que, no melhor julgamento do médico assistente e restante equipa, situações de reanimação cardiopulmonar seriam inadequadas, não benéficas e provavelmente prolongaria o sofrimento do doente, comprometendo a sua dignidade. A decisão de retirada de medidas de suporte vital, em UCI, ocorre em pessoas com doença terminal onde a morte acontecerá na ausência deste suporte, levando à morte natural, ou seja, contrariamente à eutanásia que implica uma intervenção ativa para provocar a morte, a retirada de suporte vital representa apenas a natureza passiva da intervenção, traduzindo o momento em que se inicia o processo natural de morte.

Assim, reconhecer que estas medidas são fundamentais quando a morte é inevitável sem o suporte de vida e que sua instituição não traz benefício ao doente, remove quaisquer objeções morais ou éticas a estas decisões e torna-os no curso de ação mais apropriado (Divatia, 2020).

As discussões relativas ao cuidado em fim de vida e suspensão de medidas de suporte vital, para Rincon (2019), devem ser sempre norteadas pelos conhecidos princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Mais ainda, devem ser sempre individualizadas ao doente e sua família e exigem um conhecimento profundo da literatura assim como uma abordagem multidisciplinar. Para tal, pode ser útil considerar o raciocínio por trás desta medida fundamentado em questões como a morte iminente, isto é, a probabilidade do doente falecer durante o próximo mês quando o seu estado de saúde continua a se deteriorar apesar das terapias instituídas e que provavelmente falece independentemente da continuidade ou não do tratamento; a qualidade de vida do doente caso este sobreviva; razões qualitativas, como a retirada do suporte perante um resultado

neurológico ou funcional extremamente baixo; e condições coexistentes letais, no caso de doentes com doenças sistêmicas graves (como por exemplo a malignidade metastática) que torna a probabilidade de sobrevivência prolongada após uma situação de doença crítica improvável (Braganza et al., 2017; Rincon, 2019).

Para Rincon (2019), nas UCI neurocríticos é frequente não se ter a certeza sobre a eficácia de determinado tratamento e, por isso, realizam-se testes após o estabelecimento de metas ou objetivos passíveis de reavaliação contínua para determinar a sua eficácia, mantendo uma boa comunicação com a família do doente. Esta abordagem permite à equipa a retirada de um tratamento ineficaz e evitar dilemas éticos relacionados com medidas que podem ser considerados inadequadas por não traduzirem benefício.

A suspensão do tratamento em CI envolve uma série de questões que importa serem tidas em conta. Frequentemente, dada a situação clínica dos doentes – consequência do próprio processo de doença crítica ou pela sedação utilizada –, estes carecem de capacidade para se envolver em decisões significativas relativamente ao tratamento a instituir ou, neste caso, retirar, isto na ausência de diretivas antecipadas de vontade. Consequentemente, na grande maioria das vezes, o fardo da tomada de decisão recai sobre a equipa multidisciplinar (Braganza et al., 2017).

Porém, os autores supracitados enfatizam a importância da tomada de decisão partilhada definida como aquela em que a responsabilidade pelas decisões relativas ao cuidado em final de vida/ retirada de medidas de suporte vital sejam compartilhadas pela equipa multidisciplinar e a família do doente, se esta for a sua vontade.

Deste modo, o estudo realizado por Kisorio e Langley (2016), levanta uma série de questões importantes que são importantes no cuidar das famílias de doentes em fim de vida. A comunicação adequada, que será aprofundado posteriormente no presente trabalho, foi identificada com um dos mais determinantes aspetos para a satisfação da família, com a necessidade constante de serem atualizados, de forma verdadeira e completa, sobre a condição clínica do seu familiar. Abordar as necessidades emocionais das famílias, com destaque para o papel do enfermeiro em providenciar suporte emocional, proporcionando conforto, escuta ativa e um toque empático, isto é, uma presença reconfortante, também verificou-se ser fulcral para auxiliar as famílias a fazer o seu caminho em circunstâncias incomuns e perturbadoras durante o processo de morte do seu familiar.

No que concerne à tomada de decisão em situações de fim de vida, os autores suprarreferenciados, enfatizam igualmente que estas devem ser feitas em parceria entre a equipa e a família. Todavia, no estudo que realizaram, concluíram que isso raramente se

verificou. Mais ainda, constataram que a grande maioria das famílias referiram o desejo em não só estar envolvida neste processo como também no cuidado direto ao seu familiar, sob supervisão da equipa de enfermagem, sendo-lhes possibilitada a visita em qualquer momento.

Face ao exposto e dada a situação clínica da doente, a equipa médica abordou-nos, para discutir a retirada das medidas de suporte vital, por se considerar que não traria benefício nenhum para a doente e que levaria à sua morte natural. Embora todos concordássemos, nada foi iniciado sem antes contactar a sua família de quem tinha vindo a receber visitas diárias, solicitando que se dirigissem à unidade. Assim, a sua presença foi facilitada – até ao momento era permitida a entrada de apenas um familiar de cada vez após teste SARS-CoV-2 negativo, conforme protocolado -, e em conjunto, foi lhes explicada a situação clínica da sua familiar e possíveis medidas a tomar. Foi permitida um espaço para que os filhos da senhora falassem entre si, após aguardarmos pela chegada de todos, e foi tomada a decisão partilhada de se suspender as medidas de suporte vital.

À luz do preconizado, procurei disponibilizar a minha presença, escuta ativa e providenciar suporte emocional a cada um dos familiares. Tal como defendido por Kisorio e Langley (2016), encorajei-os a expressarem os seus sentimentos e a transmitirem os seus pensamentos finais à doente, aspeto que os autores referem ser associado à qualidade da morte e do morrer. À semelhança do exposto na literatura, constatei igualmente que após receber as informações do que iria acontecer, um dos filhos da doente optou por não continuar presente por entender que não seria essa a lembrança com que queria ficar; decisão que foi respeitada. Deste modo, disponibilizou-se um espaço onde pôde aguardar e na mesma manter um contacto próximo com a restante família.

A religião e a espiritualidade são vistas como fontes de esperança e, quando a recuperação não é possível, como meio para buscar conforto, paz e permitir que o doente morra pacificamente e de forma digna (Kisorio e Langley, 2016). Sabendo que a religião era um aspeto importante na vida da senhora, foi questionada à família se era da sua vontade a presença de um padre, que foi contactado e veio ter à unidade.

Posteriormente, deu-se início ao processo de retirada das medidas de suporte vital, fornecendo-se informações aos familiares a cada passo. Segundo Braganza et al. (2017) este processo na UCI está sujeito a grande variabilidade, não existindo uma abordagem técnica única e universalmente aceite. O doente (quando possível) e sua família devem ser informados na totalidade sobre todo este processo, incluindo todas as mudanças físicas e fisiológicas que podem ocorrer. Idealmente, deve ser movido para a uma sala à parte

possibilitando a presença dos familiares o tempo todo, se esta for a sua vontade. Perante a impossibilidade de a mover para outra sala na UCIP, foi proporcionado a sua privacidade e da sua família com recurso a biombos.

Deve ser feita uma avaliação contínua da angústia do doente despistando sinais de dor, agitação, dificuldade respiratória e delírio recorrendo, para tal, escalas de avaliação como a Behavioural Pain Scale (BPS) ou a Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS). Na presença destes sintomas, é fulcral a abordagem farmacológica através de terapêutica, como por exemplo opióides (por infusão ou bólus), haloperidol ou midazolam (Braganza et al., 2017). Após prescrição médica, foi iniciado uma perfusão de morfina, mantendo-se vigilância de qualquer sinal de sofrimento que a doente apresentasse.

Por fim, os autores supracitados referem que, idealmente, o processo de retirada de suporte vital deve se iniciar pela suspensão de todos os medicamentos que não contribuem para o conforto do doente e, administrado oxigénio suplementar apenas se este propiciar conforto. O ritmo de retirada do suporte deve ser individualizado. Habitualmente, começa-se por retirar primeiramente o suporte vasopressor e inotrópico, seguido pela redução do suporte ventilatório até à extubação do doente. Após cada redução sequencial no suporte, deve ser realizada uma avaliação de possíveis sinais de angústia, sofrimento, que devem ser abordados antes de prosseguir para o próximo passo. Os alarmes dos monitores devem ser silenciados ou então considerada a remoção de toda a monitorização.

Assim, concordante com o exposto, começou-se por reduzir o suporte vasopressor até à sua suspensão e posteriormente realizar uma redução no suporte ventilatório. Estive presente junto da doente e da família em todos os passos, explicando-lhes aquilo que estava a acontecer e esclarecendo-lhe todas e quaisquer dúvidas que pudessem ter. Apesar de não ter acompanhado a situação até ao final (por transição de turno), considero que a minha intervenção foi importante para que a família pudesse se sentir apoiada e que proporcionei um final de vida digno à pessoa que tinha a meu cuidado.

Desta forma, alicerçada no desenvolvido, no decorrer dos estágios curriculares procurei desenvolver uma prática congruente com o defendido pela OE (2012) que refere que o EE é aquele que evidencia uma tomada de decisão ética e deontológica, sustentada por princípios, valores e normas deontológicas, assumindo o papel de prestador de cuidados diferenciados, tendo o pensamento crítico como pilar, em que a prática deve ser vista como um desafio diário e não uma sucessão de atos rotineiros.

2.2. Melhoria contínua da qualidade

Nos últimos anos, a garantia da qualidade tem sido alvo de preocupação crescente das instituições de saúde pois, além de ser um requisito de sobrevivência económica e financeira, também tem por base questões éticas, legais e de direito social dos doentes (Casimiro, 2015; Vituri & Évora, 2015).

A qualidade em saúde define-se, segundo o Despacho n.º 5613/2015, a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis, alcança a adesão e satisfação do cidadão e pressupõe a adequação dos cuidados às suas necessidades e expectativas, estando intimamente ligada à segurança dos cuidados.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem surgiram em 2001 e refletem a necessidade e preocupação para a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros. De acordo com o Despacho n.º 9390/2021, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026,

“a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde” (p. 96).

Por conseguinte, preconiza que “a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua” (p.96).

O enfermeiro, de acordo com a Lei n.º 156/2015, o Código Deontológico dos Enfermeiros, no seu artigo 97º, tem o dever de zelar pela saúde e bem-estar da população, implementando estratégias com o intuito de elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Este dever coaduna com o Regulamento n.º 140/2019, o Regulamento das Competências Comuns do EE, que defende ser da sua competência o desenvolvimento de práticas de qualidade, assumindo um papel dinamizador na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua.

A qualidade na área de enfermagem tem a sua origem nos primórdios da profissão. No século XIX, Florence Nightingale evidenciou a necessidade de reunir dados epidemiológicos que permitissem perceber a qualidade dos cuidados prestados, e à posteriori, a implementação do processo de enfermagem surgiu como guia para a elaboração

de padrões e a avaliação da qualidade dos cuidados (Vituri & Évora, 2015; Ribeiro et al., 2017).

A procura pela garantia da qualidade, de acordo com a OE (2012), levou à implementação de sistemas de qualidade formalmente assumidos por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por entidades nacionais como o Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde da DGS.

Deste modo, integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade definido pela DGS, foi estruturado o PNSD para os anos 2021-2026, visando a consolidação e promoção da segurança na prestação dos cuidados de saúde, intentando a melhoria contínua da qualidade do Sistema Nacional de Saúde. Portanto, este plano, publicado no Despacho n.º 9390/2021, assenta em cinco pilares, nomeadamente:

- Cultura de segurança: valores, crenças normas e competências que representam o compromisso relativamente às questões da segurança do doente;
- Liderança e governança: a criação e desenvolvimento de condições que permitam salvaguardar esta cultura centrada na segurança do doente deve ser prioridade dos gestores;
- Comunicação: a comunicação efetiva durante a prestação dos cuidados é crucial, especialmente em momentos de transição de cuidados, transferência de responsabilidade ou passagem de informação entre os profissionais envolvidos nos cuidados;
- Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente: desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes que promovam a aprendizagem em vez da punição com a implementação de ações de melhoria;
- Práticas seguras em ambientes seguros: criação de contextos e condições (dotação e adequação de recursos, formação de profissionais, entre outros) que contribuam para a segurança e efetividade dos cuidados de saúde, traduzindo em resultados em saúde no que diz respeito à qualidade e segurança.

Relativamente à profissão, a procura permanente da excelência da qualidade do exercício profissional foi regulamentada em 2001, com a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo Conselho de Enfermagem da OE. Deste documento emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, relativamente à satisfação do doente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações,

ao bem-estar e o autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

Constituindo uma matriz conceptual, estes enunciados orientam o exercício profissional dos enfermeiros, promovendo a reflexão sobre os cuidados prestados, a orientação da tomada de decisão em enfermagem, bem como a visibilidade da dimensão autónoma do exercício profissional. Ou seja, os padrões de qualidade elucidam a população sobre o que pode esperar em termos de cuidados de enfermagem, e aos enfermeiros o que se espera no seu conjunto e o que cada um deve fazer em prol de um exercício profissional de qualidade (OE, 2012; Ribeiro et al, 2017).

A definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais e especializados é uma mais-valia para o desenvolvimento profissional com aquisição de competências próprias, cujo objetivo maior é a satisfação das necessidades da pessoa como ser holístico, aprimorando continuamente a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, como um desafio em saúde.

Em 2017, a Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de EMC da OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC, nas áreas de enfermagem à PSC, paliativa, perioperatória e crónica, reiterando a adoção dos enunciados anteriormente descritos, acrescentando competências específicas do EEEMC. Para além dos enunciados gerais, acrescenta ainda outros específicos como a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos e a segurança nos cuidados especializados. O seu objetivo é “constituir um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade” (p.5).

Posto isto, tendo em conta a importância da segurança nos cuidados especializados para a qualidade do exercício profissional e que a comunicação representa pilar para o PNSD, faz-me sentido relatar uma situação vivenciada também num turno noturno no SUB Machico, que despertou-me para a importância da comunicação, para a segurança do doente, na transição de cuidados, e que materializei, numa reflexão crítica.

Neste turno, eu e o meu enfermeiro tutor estávamos destacados para o atendimento de doentes em circuito normal e por isso, em passagem de turno, recebemos informações relativamente a um senhor, de 66 anos, que se encontrava num SO. A informação transmitida foi que se tratava de um senhor, consciente e orientado, que já havia recorrido ao serviço de manhã por dor abdominal e vómitos, tendo tido alta medicado, e que no final da tarde tinha novamente recorrido ao SU por cinco episódios de vómitos escuros acompanhados de dor abdominal e retenção urinária. Tinha-lhe sido administrado terapêutica analgésica sem

grande melhoria terapêutica, e algaliado com retorno de urina concentrada com alterações positivas no teste sumário de urina sugestivas de uma infecção urinária. No entanto, por manter o estado, tinha sido decidido o seu encaminhamento para o SUP e por isso só teríamos de contactar o SRPC, IP-RAM e solicitar o transporte.

Finda a passagem de turno, dirigi-me imediatamente ao SO para observar o doente pois, de acordo com Begonha (2016), a presença de qualquer sintomatologia abdominal aguda, dita uma avaliação meticulosa do doente com o intuito de fazer o balanço do seu estado geral, estabelecer a sua etiologia e adotar uma atitude terapêutica adequada a cada caso individual, por poderem representar muitas vezes situação de carácter urgente e até emergente.

Assim, no sentido de possivelmente identificar e antecipar qualquer possível foco de instabilidade – competência do EEEMC – procurei realizar uma avaliação do estado geral do doente. Encontrei-o deitado no leito, sudado, referindo manter uma dor intensa na região abdominal, sem posição antálgica. Estava eupneico em ar ambiente, com perfil tensional normotensivo, taquicárdico, apirético e normoglicémico. Apresentava o abdómen distendido, timpanizado, duro e doloroso à palpação em todos os quadrantes abdominais e com ruídos hidroaéreos diminuídos à auscultação abdominal. Mantinha o cateter vesical funcionante, a drenar urina concentrada para saco coletor, apresentando apenas 100cc de conteúdo no saco. Perante a avaliação do senhor, informei o enfermeiro tutor que validou a avaliação que havia realizado e tal como eu, suspeitava de um abdómen agudo.

Segundo Begonha (2016), a dor abdominal aguda afeta todas as pessoas pelo menos uma vez na vida, independentemente da sua idade, género e estado social e representa 5-10% das idas ao SU. A multiplicidade de apresentação e variado espectro de doenças associadas dificulta, muitas vezes, a identificação da sua etiologia que pode traduzir situações ligeiras até ao extremo de perigo de vida.

A autora supramencionada define o doente com abdómen agudo como aquele que apresenta com uma dor abdominal de etiologia não definida, com menos de uma semana de duração. A imobilização do doente no leito, a defesa ou a contratura da parede abdominal e a ausência de ruídos intestinais, compõem uma tríade clássica do abdómen agudo. Assim, para além da anamnese, o exame abdominal é fundamental na observação do doente com suspeita de abdómen agudo e deve incluir a inspeção, palpação, percussão e auscultação. Por conseguinte, a maioria dos diagnósticos são muitas vezes evidentes e traduzem uma maior probabilidade, todavia, em algumas situações pode ser insuficiente para identificar corretamente o diagnóstico, sendo necessário, para isso, a rápida realização de exames

complementares de diagnóstico (ECD) como a radiografia simples de abdómen, a tomografia computadorizada e a ecografia.

Posto isto, enquanto ainda no SO junto ao senhor, fui abordada pela médica que tinha avaliado a doente e percebi que a suspeita já se tinha levantado e que já tinha sido dada a indicação, no final do turno da tarde, para que fosse realizado o transporte rápido do doente para o hospital, o que não nos foi transmitido na passagem de turno, que, como posteriormente pudemos constatar e refletir, não espelhava a gravidade da situação clínica do doente. Deste modo, enquanto preparei o doente para o transporte e informei a sua família que se encontrada na rua, o enfermeiro tutor contactou o SRPC, IP-RAM solicitando uma ambulância, e procedemos ao encaminhamento do senhor para SUP.

De acordo com a Norma n.º 001/2017 emanada pela DGS sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, as falhas na comunicação representam, a nível internacional, as principais causas de eventos adversos na saúde em que até 70% destes eventos sucedem durante os momentos de transição de cuidados do doente, e estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades. Assim, a transição de cuidados do doente é definida como “qualquer momento de prestação de cuidados em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (p.4).

Para Castro (2019), citando o Conselho Jurisdicional da OE, a comunicação eficaz em enfermagem arroga papel central na transição de cuidados e segurança do doente, representando a passagem de turno um momento de reunião da equipa de enfermagem, com o intuito de salvaguardar a continuidade dos cuidados através da transmissão verbal de informação, propiciando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Este processo de passagem de informações entre os profissionais de saúde (*handover*) é realizado em tempo real, pressupõe uma comunicação efetiva e pode acontecer entre turnos, entre serviços, entre instituições e até entre níveis de cuidados distintos (Dias, 2019). A sua missão, como já referido, tem o seu alicerce na segurança dos cuidados e consequentemente do doente (DGS, 2017).

A segurança do doente constitui preocupação a nível mundial, todavia, segundo Castro (2019), citando um estudo realizado em 2014 pela DGS, em 54 unidades hospitalares em Portugal, concluiu-se que a cultura de segurança do doente ainda não era avocada como uma prioridade para os profissionais de saúde.

Dada a grande afluência e rotatividade de doentes, com situação clínica variada, muitas vezes em momentos de instabilidade e grande vulnerabilidade, com inúmeras transferências, o SU representa um serviço com muitos desafios para uma comunicação eficaz no momento da transição de cuidados, em que os processos de comunicação são complexos e tendentes a erros (Castro, 2019).

Assim, de acordo com a autora referenciada anteriormente, as estratégias para uma comunicação eficaz, para a segurança do doente, na transição de cuidados de enfermagem no SU, devem assentar em três aspetos fulcrais:

- A utilização de um processo de transferência estruturado: o recurso a um modelo padronizado, como a técnica ISBAR, mostra ser eficaz para a melhoria da qualidade do conteúdo da informação, a sua eficiência e segurança do doente, tornando a transferência mais eficiente e contribuindo, consequentemente, para um aumento da satisfação dos enfermeiros;
- O local para a transição dos cuidados de enfermagem: a passagem de cuidados junto ao doente diminui o risco de omissão de informação por possibilitar uma consciência da situação do doente, observando-o e o ambiente que o rodeia, revendo as indicações e discutindo o plano de cuidados;
- Os fatores influenciadores da comunicação: aspetos como o fluxo de doentes no SU; o ruído e as interrupções que inviabilizam a clareza da informação transmitida, podem ter influência negativa na qualidade da transição dos cuidados.

Tendo em conta que “a racionalização e normalização da transição de cuidados estimulam o pensamento crítico e minimizam o tempo despendido para cada doente, transmitindo apenas a informação necessária” (Castro, 2019, p. 32) concluo que a continuidade da prestação de cuidados de saúde, eficientes, seguras e consequentemente, de qualidade, estão intrinsecamente relacionados com a existência de uma comunicação eficaz entre os vários profissionais de saúde da equipa.

Portanto, e uma vez que de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o Regulamento das Competências Comuns do EE, este deve desenvolver práticas de qualidade e garantir um ambiente terapêutico e seguro, considero que a atenção pela temática aqui exposta deve pautar na minha prática como futura EE.

Na UCIP, a importância deste momento é defendida pelo próprio enfermeiro chefe assim como todos os responsáveis de equipa e restantes elementos. A denominada passagem de turno realiza-se sempre em dois momentos, um junto ao doente entre os enfermeiros por

ele responsáveis e outro, entre todos os elementos das equipas dos diferentes turnos, para que todos possam conhecer os doentes e acompanhar a sua evolução clínica. Assim procurei sempre preparar-me antecipadamente para este momento, comunicando de forma eficaz todos os aspetos relevantes às pessoas em meu cuidado.

Refletindo sobre a minha prática, quer durante os estágios curriculares, quer enquanto na prática profissional, em vários momentos presenciei alguma leviandade no momento de passagem de turno. No entanto, a evidência fundamenta a sua seriedade e importância para a segurança do doente e a qualidade dos cuidados e, como tal, procurei e procurarei levar sempre esta responsabilidade para a minha *praxis* clínica, transmitindo essa importância aos meus colegas, zelando pela melhoria contínua dos cuidados prestados.

Por fim, de modo a epilogar as informações sobre o caso clínico aqui exposto, acrescento que durante o transporte o senhor manteve-se sempre hemodinamicamente estável, embora queixoso. No SUP foi triado como laranja para a equipa de cirurgia geral e após ECD, foi submetido a cirurgia urgente por úlcera gástrica perfurada que culminou num quadro de sépsis e internamento em UCI.

O SUB Machico, como parte do SESARM, EPE, integra naturalmente a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, que é responsável pelo acompanhamento e monitorização dos níveis de qualidade global e segurança na prestação de cuidados, provendo ações que intentam a melhoria da qualidade da assistência através da humanização e também da gestão integrada das situações de risco.

Assim, o SUB Machico tem destacado um colega como elo para estes programas de melhoria contínua, que é um enfermeiro especialista, curiosamente em EMC, o que é congruente com o exposto, por ser o EE o que deve assumir um papel dinamizador e de liderança nesta área.

Nas UCI, a monitorização da qualidade, de acordo com Rocheta (2018) é fulcral por representar uma área da saúde com custos elevados, com doentes em situação crítica, com elevado número de efeitos adversos e com inconstância e pouca uniformização no que diz respeito às práticas baseadas na evidência entre unidades. Não obstante a gravidade da situação clínica dos doentes, o controlo da qualidade dos cuidados revela ser importante para a redução da iatrogenia e dos efeitos adversos dos cuidados prestados.

Os tratamentos, procedimentos e cuidados prestados numa UCI podem ser realizados de diversas formas através da intervenção de variados profissionais de saúde, o que torna complexo definir padrões de qualidade em CI. Deste modo, os indicadores de qualidade podem ser agrupados de acordo com a estrutura, referentes à forma como são

organizados os cuidados, como a unidade integra o hospital, as suas dimensões e os recursos (humanos e materiais) de que dispõe; o processo, que avalia aquilo que é feito, quais os cuidados prestados ao doente/família e qualidade dos mesmos e, por fim, o resultado, que naturalmente traduzem os resultados obtidos, como a qualidade de vida, a morbilidade, a satisfação do doente/família, entre outros (Rocheta, 2018).

Importa ressaltar que, segundo a autora supracitada, a implementação de um conjunto de indicadores constitui boa prática e que consequentemente, contribui para a melhoria da qualidade. Assim, deve ser incutida a prática de procedimentos protocolados e registos estandardizados de modo a minorar a variabilidade da prática, propiciar a medição de indicadores e alentar uma filosofia de segurança e qualidade.

Na UCIP, que integra também a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, pude verificar a existência dos mais variados procedimentos validados escritos em formato papel e online – como para o processo de admissão de doentes, a cateterização vesical, a monitorização da PIC, entre outros – e de protocolos – para a administração de noradrenalina, monitorização do potássio sérico, monitorização da glicémia e administração de insulina, entre outros - que, tal como defendido pela literatura uniformiza os cuidados, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados.

Ainda no que concerne à segurança e qualidade dos cuidados, importa também referir que a existência e implementação das *care bundles* - na UCIP, estão implementadas as relacionadas com as prevenções de infeção, que será exposto posteriormente -, que de acordo com Lavallée et al. (2017), consistem em três a cinco práticas baseadas na evidência que são agrupadas, são fundamentais para contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

2.3. Gestão dos Cuidados

A gestão de cuidados de enfermagem, de acordo com Ribeiro (2012), tem hoje mais do que nunca, um influente papel para a consecução de metas como a qualidade, a eficiência e a eficácia, nos cuidados de saúde em Portugal. Para Mendonça (2017), esta deve ser assente na ciência do cuidar e englobar o planeamento, organização e controlo da prestação de cuidados adequados, seguros e abrangentes, capaz de orientar a prática de enfermagem e alicerçar as ações dos enfermeiros.

A OE, no Regulamento n.º 140/2019, define como competências do EE, a gestão dos cuidados de enfermagem, “otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (p.4745) assim como a adaptação,

liderança e “gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (p.4745).

Deste modo, tendo em conta as competências acima referidas e acrescentando ao exposto ao longo deste trabalho relativamente à gestão dos cuidados na prestação direta às pessoas ao meu cuidado, quer em contexto de urgência/emergência quem em UCI, tive oportunidade de observar e colaborar com os meus enfermeiros tutores em aspetos respeitantes à gestão do serviço, dos recursos – quer humanos quer materiais – objetivando a qualidade dos cuidados prestados.

No SUB Machico, dadas as constantes reorganizações necessárias, coincidentes com o meu estágio curricular, nos circuitos dos doentes devido à instituição das ADR e implementação da testagem para despiste de SARS-CoV-2, colaborei com o tutor e restante equipa na definição desses circuitos, partilhando a minha experiência dado o implementado no serviço onde exerço, fazendo a adequada adaptação face ao contexto. Colaborei, igualmente, com a elaboração dos planos de trabalho de enfermagem diários, função delegada pela enfermeira chefe ao meu enfermeiro tutor, fazendo a distribuição dos colegas aos diferentes postos de trabalho do serviço, assim como com a contabilização e pedido de terapêutica estupefaciente e a receção e acondicionamento de material chegado ao serviço. Apercebi-me do papel de liderança que o enfermeiro especialista assume na equipa de saúde, observando por diversas vezes a supervisão realizada pelo meu tutor aos cuidados prestados e delegados à restante equipa, assim como a discussão de assuntos pertinentes para o serviço em momentos oportunos.

Na UCIP, colaborei com a contabilização e pedido de terapêutica estupefaciente, a reposição, receção e acondicionamento de material e com o preenchimento e implementação da escala Therapeutic Intervention Scoring System (TISS).

A TISS-28, uma versão reduzida da escala inicial TISS, de acordo com Simões (2020), constitui um

sistema de medida da gravidade e da carga de trabalho de enfermagem em Cuidados Intensivos, tendo como base a quantificação das intervenções realizadas nas pessoas internadas, segundo a sua complexidade, grau de invasibilidade e o tempo despendido pelos enfermeiros para a realização de determinados procedimentos na pessoa em situação crítica (p.30).

Assim, a versão simplificada desta escala é constituída por 28 itens que se focam essencialmente em procedimentos de diagnóstico-tratamento no âmbito de CI (necessidade de suporte cardiovascular, renal, acesso central, entre outros). No entanto, possui algumas lacunas para a mensuração correta da carga total do trabalho de enfermagem dado que não

considera algumas intervenções realizada como o apoio à família, assim como tarefas organizacionais e/ou administrativas (Simões, 2020).

Apesar disso, de acordo com o autor referenciado anteriormente, a escala TISS-28 foi traduzida e validada para utilização em CI em Portugal e representa um dos três instrumentos de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros mais utilizados a nível nacional por ser fiável, uma vez que considera a especificidade de cada pessoa em relação à gravidade, permite uma comparação da carga de trabalho entre doentes, e por ter uma fácil e célere aplicabilidade, não sendo necessários muitos recursos para o seu uso.

Desta forma, pode desenvolver competências na área da gestão dos cuidados no que concerne à gestão dos recursos, adaptado às diferentes situações e contextos, almejando a qualidade dos cuidados prestados.

2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De acordo com o artigo 109º da Lei n.º 156/2015, o Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro deve almejar “em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p.8080). Este dever de atualização decorre do direito do doente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios e na procura permanente da excelência no exercício profissional de enfermagem.

Como refere a OE, no Regulamento n.º 613/2022, que define o ato do enfermeiro, “os enfermeiros constituem, na generalidade dos sistemas de saúde, o maior número de profissionais, assumindo a enfermagem uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina” (p. 179). O progresso “da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ela associadas têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a que corresponde um corpo científico próprio e autónomo” (p. 179), o que contribui igualmente para que os cuidados prestados e os serviços de saúde possuam um “maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades”.

Como tal, é indispensável que o EE desenvolva aprendizagens profissionais, o que, de acordo com Ribeiro (2012), constitui um processo contínuo que o deve acompanhar ao longo de todo o seu percurso, em que urge a necessidade de aprimorar competências e

reciclar conhecimentos que possibilitam o acompanhamento do progresso tecnológico e científico, imprescindíveis para garantir uma competência permanente.

O saber profissional de enfermagem é definido pela OE (2017) como um “saber de ação, não se constituindo somente de execução ou de reprodução de actos, mas engloba igualmente a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, fazendo apelo aos conhecimentos” (p.2).

Este saber agir com pertinência, segundo Machado e Alves citados por Mendonça (2017), não se cinge apenas ao saber fazer ou saber operacionalizar e implica ter a capacidade de ir além do prescrito, de, perante os imprevistos e a complexidade dos contextos, tomar iniciativa, interpretar, decidir e direccionar a ação de forma propícia à resolução dos problemas.

O desenvolvimento deste saber agir, destas aprendizagens, constituiu um processo progressivo ao longo dos estágios realizados, ciente de que, tal como defendido, é um processo contínuo que me vai acompanhar ao longo de todo o meu percurso pessoal e profissional. Assim, no decorrer das práticas, adotei uma postura de interesse, motivação e abertura a todas as oportunidades que pudessem surgir, para que de cada uma, resultasse ganhos em conhecimento e desenvoltura nas competências do cuidar especializado da PSC, e de forma mais específica, da pessoa em situação neurocrítica. Nas situações em que não tinha, no momento, o conhecimento que considerava necessário para a prestar cuidados especializados, indaguei os enfermeiros tutores de modo a salvaguardar a prestação de cuidados de qualidade no momento e posteriormente complementei com a pesquisa e estudo, cimentando desta forma, o conhecimento adquirido.

Alicerçada no artigo 109º da Lei n.º 156/2015, o Código Deontológico do Enfermeiro, considero importantes os raciocínios e as reflexões realizadas assim como as realizadas com os professores docentes das UC quer aquelas em conjunto com os enfermeiros tutores e equipa dos diferentes serviços, em cada situação que surgiu, sobre qual a nossa intervenção e conduta a adotar de forma a prestar um cuidar de enfermagem especializado, cômgruo com as competências do EEEMC.

Por conseguinte, as aprendizagens profissionais que procurei adquirir no decorrer dos estágios realizados objetivaram o desenvolvimento do meu conhecimento e das minhas competências enquanto futura EE.

3. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação neurocrítica podem ser entendidos como cuidados prestados a pessoas gravemente doentes e seus familiares. A condição complexa requer uma atuação plurifacetada, invasiva com recurso a uma vasta seleção de equipamento técnico.

Tendo por base o exposto, neste capítulo será realizada uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios para o alcance dos objetivos traçados e a consolidação da aquisição das competências do EEEMC.

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

A pessoa em situação neurocrítica necessita de cuidados específicos, contínuos e especializados, requerendo uma abordagem complexa e multifatorial. Assim, o foco da equipa multidisciplinar é a neuroprotecção com o objetivo de prevenir lesões cerebrais secundárias. Para tal, para além do conhecimento de aspetos como a fisiologia e metabolismo cerebral, a interação entre o cérebro e outros sistemas de órgãos, a compreensão do impacto de distúrbios como a febre, a hiperglicémia, a anemias entre outros, na hemodinâmica cerebral são fulcrais no cuidado aos doentes neurocríticos. Mais ainda, a experiência adquirida no cuidar de doentes com lesões cerebrais graves, com mau prognóstico, com os cuidados em fim de vida, morte cerebral, doação de órgãos e todas as questões éticas e legais com eles relacionadas, capacitam estas equipas de um conjunto de habilidades específicas (Rincon & Mayer, 2007; Kramer & Zygun, 2011).

Para Wijdicks (2017), a importância do enfermeiro especialista no cuidar da pessoa em situação neurocrítica, embora muitas vezes subestimada na história, é atualmente cada vez mais reconhecida. Segundo este autor, desde os primeiros dias e até o presente, a abordagem multidisciplinar, de qualidade, à pessoa em situação neurocrítica só é possível graças à engenhosidade, perseverança e competências destes profissionais nos cuidados diários que prestam, sendo os principais responsáveis pelo precoce reconhecimento de manifestações de doença crítica.

De acordo com Moheet et al. (2018), compete ao enfermeiro, ao cuidar da pessoa com alterações do foro neurológico/neurocirúrgico, a monitorização de todo o seu estado geral, através da neuromonitorização, gerindo terapêutica, fluidos, dispositivos invasivos reconhecendo e intervindo, de forma imediata, perante complicações. Para além destes, é fundamental a sua intervenção para satisfazer não só as necessidades da pessoa ao seu cuidado como também da sua família.

Assim, reportando às competências do EEEMC na PSC, definidas no Regulamento n.º 429/2018, compete a este profissional cuidar da pessoa e sua família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica levando em conta a complexidade das situações de saúde, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

No decorrer do Estágio I, não me foi possível cuidar da pessoa efetivamente em situação neurocrítica, porém, pude prestar cuidados a vários doentes com afeções do foro neurológico que me possibilitou aplicar conhecimentos já adquiridos até aqui, procurando, desta forma, desenvolver competências especializadas nesta área.

Num turno da noite, destacada para o posto da triagem, deu entrada uma senhora de 36 anos que despertou de imediato a nossa atenção pela necessidade que teve em ser de amparada pelo esposo até à triagem. Quando questionada sobre o motivo de vinda ao SU, respondeu-nos sempre cabisbaixa, notoriamente incomodada pela luz da sala. Referiu ter tido uma queda essa manhã após ter escorregado e ter embatido com a região occipital na parede. Negou perda de consciência, tendo se levantado no momento e continuado com o seu dia normalmente. À tarde, iniciou um quadro de tonturas e náuseas que veio a piorar progressivamente e nesse momento, queixava-se de cefaleias intensas, tonturas e uma sensação de peso que descrevia “como se tivesse 40kgs em cima da cabeça” (Sic). A nossa decisão foi de acompanhar a senhora diretamente até um gabinete de atendimento, para que fizéssemos uma avaliação mais completa, já complementarmente com a equipa médica.

Já no gabinete, foi encaminhada para a maca e procedemos à sua avaliação, de acordo com a sequência ABCDE, estabelecida pelo American College of Surgeons, segundo Smith e Bowden (2017), preconizada para a abordagem de doentes em contexto de urgência/emergência:

- A. Via aérea com imobilização da coluna cervical: em caso de trauma com imobilização total da coluna a par do fornecimento suplementar de oxigénio;
- B. Ventilação e oxigenação: avaliar e controlar a respiração;

- C. Circulação (Suporte Cardiovascular) com controlo de hemorragia: colocação de acessos venosos, realização de colheitas e administração de soroterapia conforme necessidade; realização de ecografia Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST) em caso de suspeita de hemorragia interna;
- D. Disfunção neurológica.
- E. Exposição com prevenção da hipotermia.

Nesta avaliação inicial, é recomendada a monitorização da FR; Frequência Cardíaca (FC) e ECG; Tensão Arterial (TA); Gases do sangue e lactato sérico; temperatura e débito urinário (atentando que, se necessário, a algaliação só deve ser realizada após avaliação perineal) (DGS, 2010).

A avaliação secundária, deve ser realizada em menos de uma hora e contempla uma avaliação sistematizada da cabeça aos pés no sentido de detetar todas as lesões existentes. Durante esta fase, dever-se-á efetuar uma série de procedimentos e atitudes complementares: analgesia adequada, profilaxia antibiótica e antitética (se indicadas) com posterior avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída; análises clínicas; registos de dados; definição de diagnósticos de presunção e formulação de um plano de atuação para tratamento definitivo após realização de ECD com identificação do encaminhamento do doente (DGS, 2010).

Assente no exposto, constatei que:

- A. Via aérea patente.
 - B. Eupneica em ar ambiente. FR 12cpm, regular e simétrica. Saturação periférica de oxigénio (SpO₂) 98%.
 - C. TA: 106/56mmHg, FC 74bpm, pulso rítmico e cheio. Tempo de preenchimento capilar inferior a três segundos.
 - D. Score na GCS 15. Pupilas isocóricas e isoreativas, com 4mm de diâmetro. Dismetria na prova dedo-nariz.
 - E. Hematoma ligeiro na região occipital.
- Apirética e normoglicémica.

Dadas as cefaleias intensas, foi puncionada uma veia periférica e administrada terapêutica analgésica. Após a avaliação, foi decidida pela equipa médica o transporte da senhora até o SUP para a realização de ECD, respeitando as fases do transporte inter-hospitalar definidas na literatura, nomeadamente, a decisão, o planeamento e a efetivação que, para Pereira (2018), surgiram na tentativa de minimizar os riscos associados e zelar pela segurança do doente e dos profissionais durante a transferência.

Transpondo a teoria para a prática, os sinais e sintomas apresentados pela doente levantavam fortes suspeitas de lesão cerebral. Considerando que um dos principais objetivos no cuidado à pessoa com afeções do foro neurológico é a prevenção da lesão secundária, otimizando a hemodinâmica e oxigenação cerebral, o EE tem particular relevância. Este, tem um papel diferenciador na avaliação e monitorização do *status* neurológico do doente, que, de acordo com Urden et al. (2008), inclui a avaliação do seu nível de consciência, dos reflexos pupilares, da função motora, tendo em consideração também a função respiratória e cardiovascular na procura da otimização dos valores de acordo com a situação clínica do doente.

O teste dedo-nariz pode ser útil para o diagnóstico de lesões cerebelares representando a dismetria – definida como a falta de coordenação do movimento do corpo, em que uma pessoa parece exceder ou subestimar a distância com os olhos, mãos ou pernas – causada muitas vezes por lesões do cerebelo ou dos nervos circundantes dado que este é porção do cérebro responsável pela coordenação motora (Urden et al., 2008).

Antes de efetivarmos o transporte, fiz uma rápida reflexão com o enfermeiro tutor sobre todos os aspetos que deveríamos levar em conta dada a situação clínica da doente.

Assim, sinais de hipertensão intracraniana (HIC) como a diminuição do nível de consciência, anisocoria e resposta pupilar à luz diminuída, cefaleias, convulsões, alterações na função motora, bradicardia, hipertensão e alterações da função respiratória, estes últimos três sinais tardios da compressão do tronco cerebral (Cook et al., 2020), foram despistados por traduzirem todas focos de instabilidade que devem ser prontamente identificadas pelo EE, respondendo de forma pronta e até antecipatória.

Reconhecendo a sua importância para o bem-estar da pessoa com alterações neurológicas e para a prevenção da HIC, o EE faz a gestão diferenciada da dor, identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, gerindo não só medidas farmacológicas de combate à dor como também medidas não farmacológicas. Muitas vezes, a otimização do posicionamento auxilia na prevenção e diminuição da dor, o que se verifica no caso clínico reportado, tolerava apenas estar deitada com cabeceira elevada. Este último aspeto representa um fator importantíssimo no cuidado da pessoa com alterações neurológicas, sendo a elevação da cabeceira para 30° a 45° considerado *gold standard* por ter eficácia comprovada na diminuição da PIC, facilitando a drenagem cerebral (Barreto, 2018).

A gestão do ambiente que rodeia a pessoa é também competência do EE. Dado que, no doente neurocrítico, estímulos com o ruído e a luz conduzem ao aumento da atividade cerebral e do Fluxo Sanguíneo Cerebral (FSC), com consequente HIC pelo aumento do

metabolismo cerebral, o enfermeiro tem papel preponderante na gestão do ambiente que rodeia o doente, procurando limitar efeitos emocionais desagradáveis assim como a estimulação sensorial, proporcionando um ambiente calmo (Barreto, 2018).

Deste modo, o transporte só se efetivou após o término da terapêutica analgésica. Refletindo sobre a fisiologia do transporte e sobre aqueles que poderiam ser estímulos para a doente dada a sua situação clínica, quando a transferirmos para a ambulância, solicitássemos aos bombeiros que diminuíssem as luzes dentro da célula sanitária que notoriamente incomodavam a doente e que, como estímulos, poderiam incorrer no aumento da PIC. Durante o transporte, garantimos um ambiente calmo, mantendo igualmente a vigilância sobre todo o seu estado geral até à chegada ao SUP. Deste modo, reitero que todas as intervenções implementadas foram as corretas e necessárias para impedir qualquer deterioração do seu estado de saúde.

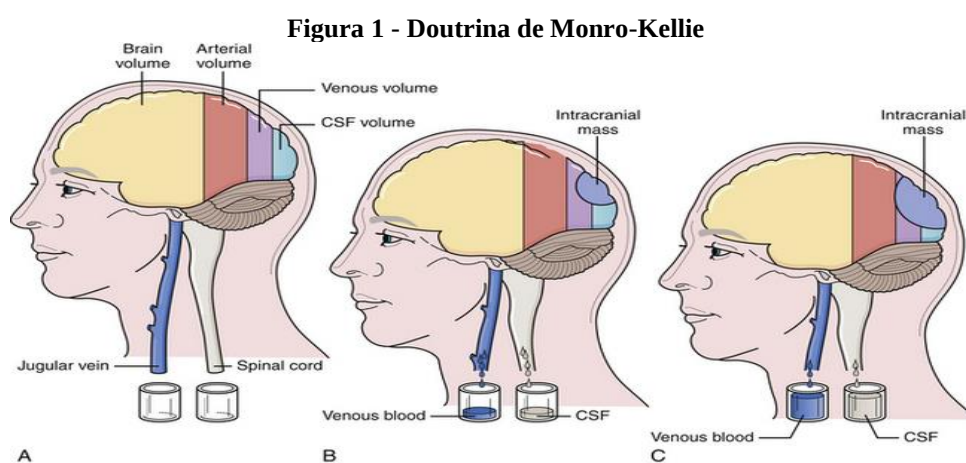
Em contexto de CI, apesar de não me ter sido possível a realização do estágio numa unidade específica para doentes neurocríticos, tive muitas oportunidades de desenvolver as competências do EEEMC nesta área, na UCIP, dedicando-me quase totalmente ao cuidado de pessoas nesta situação no meu estágio de opção. Assim, passo a explicar um dos casos que se revelou ser crucial para a concretização dos meus objetivos.

Num dos turnos noturnos, prestei cuidados à Sr.^a N. de 70 anos, que havia dado entrada no SU durante o dia após síncope com cefaleias e amnésia para o acontecimento. Realizou TAC-CE que revelou uma HSA extensa após rotura de aneurisma e por isso, no BO, foi submetida a craniotomia frontoparietal direita com clipagem de aneurisma e colocação de catéter para monitorização da PIC.

No início do turno, à minha observação a cliente encontrava-se sedoanalgesiada com propofol e remifentanilo, num RASS de -5. Sem sinais fisiológicos de dor. Pupilas isocóricas (3mm de diâmetro), reação lenta ao foco luminoso. Valores de PIC a rondar os 8-13 mmHg e de Pressão de perfusão cerebral (PPC) entre os 80-110mmHg. Apresentava um dreno epicraniano a drenar conteúdo hemático em moderada quantidade. Estava ventilada em modo controlado. Apresentava um traçado de electrocardiograma regular, tendencialmente bradicárdico. Hemodinamicamente sem necessidade de suporte vasopressor, perfil hipertensivo com pressão arterial média (PAM) superior a 100 mmHG com indicação pela Neurocirurgia para manter PAS inferior a 150mmHg. Apirética. Tinha ainda sonda nasogástrica (SNG) em drenagem livre, a drenar conteúdo esverdeado. Catéter vesical (CV) funcionante, com bons débitos urinários horários.

Importa relembrar que a PIC é definida como a pressão do líquido cefalorraquidiano (LCR) medida através de um cateter no interior da cavidade craniana, no parênquima ou dentro do sistema ventricular, por onde normalmente circula. O intervalo normal de valores para a PIC num adulto em posição supina é de cinco a 15 mmHg e atinge valores críticos quando ultrapassa o limiar 20–25 mmHg. Esta situação denomina-se de HIC e surge em condições patológicas agudas que alteram os componentes intracranianos, tais como edema e hemorragia (Gusdon et al., 2020).

Segundo a doutrina de Monro-Kellie (Figura 1), o crânio comporta um compartimento rígido com volumetria constante e em equilíbrio dinâmico, em que o conteúdo intracraniano fisiológico é constituído por 80% de tecido cerebral, 10% de sangue e 10% de LCR (Figura 1A). Quando uma massa intracraniana altera este volume, ou por edema ou hemorragia, verifica-se uma mudança compensatória no volume, ocorrendo uma diminuição recíproca do volume de sangue e do volume de LCR para manter o volume intracraniano constante. Pode dar-se o caso de doentes com massa intracraniana compensatória e PIC normal (Figura 1B). Dado o volume intracraniano ser constante, o aumento de volume causado pela massa intracraniana é compensado por uma diminuição no conteúdo intracraniano, ou seja, o volume de sangue venoso diminui através da saída deste da cavidade intracraniana para as veias jugulares o que faz com que o volume de LCR diminua devido à saída deste através do canal espinhal. No caso de massa intracraniana com descompensação e PIC elevada (Figura 1C), é identificado uma massa de tamanho consideravelmente aumentada, que esgota a diminuição compensatória no conteúdo intracraniano e leva a um aumento exponencial da PIC (Gates, 2015).



Relativamente à PPC, esta é definida como a diferença entre a PAM e a PIC e apresenta valores normais quando próxima de 80 mmHg e em valores inferiores de 50 mmHg identificam-se sinais notórios de hipoperfusão e isquemia cerebral. No tratamento da pessoa em situação neurocrítica, as *guidelines* recomendam que, para um adulto, a PPC varie entre 60 e 70 mmHg, sendo que em alguns casos, pode haver sequelas neurológicas quando a PPC apresenta valores inferiores a 60 mmHg (Manita, 2015).

A HSA é uma hemorragia intracraniana, frequentemente nefasta, que resulta do sangramento agudo no espaço subaracnóide. Embora com uma incidência menor que a do AVC, representa uma maior mortalidade, morbilidade e significativo impacto na qualidade de vida do doente e sua família. Cerca de 40% dos que sofrem uma HSA irão falecer e até 60% ficarão com sequelas (Okazaki & Kuroda, 2018; Boling & Groves, 2019).

Apesar de a HSA poder ser consequência de um traumatismo, de uma má-formação e de dissecções de artérias intracranianas, a causa mais prevalente é a rotura de um aneurisma cerebral. Assim, a maioria das HSA aneurismáticas ocorre entre os 40 e 60 anos, sendo mais prevalente entre as mulheres e entre os afro-americanos e hispânicos. A hipertensão, o tabagismo e o consumo excessivo de drogas (como o álcool e a cocaína) representam fatores de risco (Boling & Groves, 2019).

De acordo com os autores supracitados, embora não tenha uma apresentação clássica, os doentes normalmente relatam uma cefaleia intensa assim como podem surgir outros sintomas associados como náuseas, vômitos, rigidez, fotofobia, perdas breves de consciência, neuropatia craniana ou outros défices neurológicos focais, sendo que o diagnóstico é habitualmente feito através de TAC-CE. A reparação precoce ou clipagem cirúrgica do aneurisma representa o principal tratamento no sentido de evitar a complicação mais comum desta patologia que é a re-hemorragia.

A deterioração neurológica tardia é outra das complicações comuns da HSA e pode ser causado por isquémia cerebral tardia, hidrocefalia, febre, edema cerebral e alterações eletrolíticas. O vasoespasma, ou seja, o estreitamento agudo das artérias cerebrais após a HSA, pode reduzir o FSC e causar isquémia cerebral, apresentando-se como deterioração neurológica aguda, com afasia, nova hemiparésia e alteração do estado de consciência. Deste modo, no cuidado ao doente com esta patologia, o enfermeiro deve estar desperto para estas alterações. No entanto, a detecção de situações de isquémia cerebral tardia, vasoespasma ou ambos em doentes críticos pode ser desafiante especialmente se estes se encontrarem sedados e ventilados (Boling & Groves, 2019).

No cuidado às pessoas com HSA por rotura de aneurisma importa ainda considerar outras complicações comuns no sentido de despistá-las. A anemia, que ocorre frequentemente três a quatro dias após a lesão inicial, pode reduzir a entrega de oxigénio ao cérebro. A hidrocefalia, embora mais frequente após 14 dias de lesão, surge em 20 a 30% dos doentes. Embora frequentemente assintomática, pode ser a causa do aumento da PIC nas primeiras horas e deve ser resolvida através de drenagem com recurso a DVE. A febre, presente em 70% dos casos, está significativamente associada à mortalidade e pior *outcome* neurológico. No entanto, nas primeiras 72h geralmente está associado à libertação de citocinas inflamatórias. A sua monitorização, despiste de fatores infecciosos e adequado tratamento é fulcral pois está associado a situações de isquémia cerebral tardia. O mau controlo glicémico é também frequente em doentes com HSA. Tanto a hiper como a hipoglicémia podem ser deletérios, estando a hiperglicémia associada ao vasoespasma. A glicose plasmática não se correlaciona diretamente com os níveis de glicose cerebral e, por isso, devem ser mantidos valores entre os 110mg/dl e os 180mg/dl. A hipovolémia deve ser evitada, objetivando a euvolémia dado que estratégias antigas de hipervolémia propositada não parecem melhorar o FSC ou diminuir o vasoespasma em doentes com HSA e está relacionado com o aumento de complicações cardiovasculares. Por fim, a hipo/hipernatrémia também surgem com frequência, embora a primeira seja a mais comum, presente em 30 a 50% dos doentes com HSA admitidos em CI (Okazaki & Kuroda, 2018, & Boling & Groves, 2019).

Posto isto, e levando em conta o desafio que representa o despiste de complicações neurológicas na pessoa vítima de HSA em CI, mantive uma vigilância apertada do estado geral da cliente. Monitorizei os valores de PIC; PPC e PAM.

Na abordagem à pessoa em situação neurocrítica, Hirsch et al. (2015) ressaltam a importância do controlo dos valores de pressão parcial de oxigénio (PaO_2) e da pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO_2) na manutenção de uma hemodinâmica cerebral favorável, sendo uma adequada Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) parte fundamental. Desta forma, devem ser otimizados valores de PaO_2 superiores a 70 mmHg, PaCO_2 entre 35 e 45 mmHg e uma saturação periférica de oxigénio (SpO_2) superior a 90% (Manilha et al., 2015). Já para Dash e Chavali (2018), valores de fração inspirada de oxigénio devem ser ajustados para valores de PaO_2 de aproximadamente 90 mmHg, que provam ser suficientes para oxigenar a zona de penumbra. Valores superiores a este traduzem um risco de hiperóxia cerebral e lesões pulmonares.

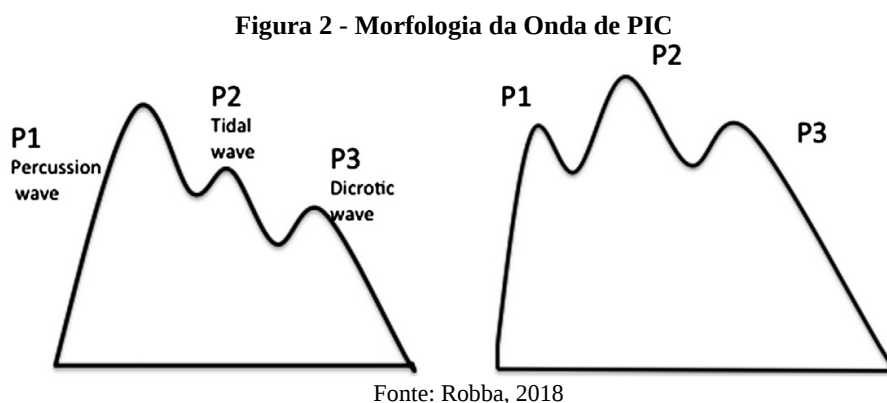
Deste modo, através da realização das gasometrias arteriais, vigiei os valores de PaO_2 e PaCO_2 . Valores de potássio, sódio, hemoglobina e glicemia também foram monitorizados, no sentido de despistar possíveis complicações. Manteve-se apirética e com bons débitos urinários. Todas estas e outras intervenções (como o posicionamento) foram agrupadas e planeadas, que, segundo Barreto (2018), é fulcral no sentido de reduzir estímulos, evitar elevações transitórias da PIC e prevenir a lesão cerebral secundária.

Alicerçada pelas competências específicas do EEEMC conforme o Regulamento n.º 429/2018, no que diz respeito à pronta identificação de focos de instabilidade, pelas duas horas de manhã verifiquei que os valores da PIC da cliente começavam a incrementar, chegando a ultrapassar os 20mmHg, assim como observei uma alteração na forma das ondas de pulso da PIC, observáveis no monitor.

Relembrando que o aumento da PIC pode traduzir uma causa importante de lesão cerebral secundária e pode estar associada a causas extracranianas (febre, aumento da pressão abdominal e intratorácica, hipercapnia, hipóxia) e causas intracranianas (edema cerebral, hematoma, contusão, alterações no LCR), a sua monitorização é crucial pelo *outcome* negativo que pode advir de períodos de HIC sustentada (Robba, 2018).

De acordo com a autora referenciada anteriormente, no que diz respeito às ondas de pulso da PIC, associações entre estas e a capacidade adaptativa intracraniana têm vindo a ser extensivamente estudadas. A amplitude da forma da onda traduz o resultado da resposta da PIC ao aumento do volume cerebral que aumenta a cada batimento cardíaco, o que equivale a uma pequena injeção de volume intracraniano e está diretamente relacionado com a elasticidade cerebral. Assim, a morfologia da onda da PIC apresenta três picos principais: o primeiro pico (P1) de origem arterial, da pulsação do plexo coróide, é geralmente constante em amplitude e representa a transmissão e dissipação da onda dentro do crânio; o segundo pico (P2) representa a complacência intracraniana, relacionado com a propagação da onda após o estímulo arterial e o terceiro pico (P3) tem origem venosa e diz respeito à repercussão da onda.

Portanto, na forma de onda de PIC normal, os picos P1, P2 e P3 devem-se apresentar de forma decrescente. O aumento da PIC traduz, consequentemente, o aumento da amplitude da forma da onda, em que, inicialmente, todos os componentes aumentam em simultâneo, mantendo-se os picos característicos visíveis. No entanto, com o contínuo aumento da PIC, primeiramente o pico P2 torna-se maior que P1 e P3 até que todos os picos vão se tornando progressivamente indistinguíveis, cursando com a HIC, conforme ilustra a figura 2 (Robba, 2018).



Portanto, os monitores, cujos alarmes tinha ajustado consoante aqueles que seriam os valores alvo para a doente, alertaram para o aumento da PIC, mantendo-se um perfil hipertensivo (PAM>130 mmHg e PPC>110mmHg). Observei alterações na morfologia da onda PIC com o aumento progressivo da sua amplitude e com o pico P2 superior a P1 (à semelhança do que demonstra a figura 2). Realizei nova avaliação do seu estado geral não observando outras alterações (como diferença pupilar, febre, convulsões, entre outros). Assim, de forma sistemática e pronta, em conjunto com a enfermeira tutora, considerei vários aspetos que pudessem estar a incorrer neste aumento da PIC e aquilo que poderia fazer no sentido de diminuí-la e reduzir o risco de lesão cerebral secundária, intervindo e avaliando o resultado das intervenções implementadas.

O primeiro passo foi considerar o mais básico, mas que é considerado *gold standard* no cuidado ao doente neurocrítico. Certifiquei-me que a cabeceira da cliente se encontrava nos 30° assim como otimizei o seu posicionamento no sentido de manter uma posição neutra da cabeça, sem compressão das veias jugular, procurando facilitar a drenagem venosa cerebral.

Seguidamente, procurei otimizar a sedoanalgesia, prevenindo alguma situação de dor ou agitação. Dado que, como evidenciado, o propofol é um dos agentes de indução e manutenção de escolha para o doente neurocirúrgico, por contribuir para a redução na PIC e das necessidades metabólicas cerebrais e que é habitualmente usado concomitantemente com terapêutica opióide – como por exemplo o remifentanilo - (Gusdon et al, 2020), nesse sentido foi aumentado o seu gotejo, despistando possíveis efeitos secundários, como a hipotensão que pode conduzir a redução indesejada da PPC.

Face à manutenção dos valores de PIC elevados, a equipa médica foi imediatamente alertada, tendo procedido a um breve período de hiperventilação no sentido de reduzir a PaCO₂ e consequentemente o fluxo e metabolismo cerebral.

A hiperventilação induzida, objetivando a hipocapnia era defendida por vários autores, como Haddad e Arabi (2012), para tratar a deterioração neurológica aguda pelo aumento da PIC, induzindo a hiperventilação por um breve período, entre 15 e 30 minutos. Embora Manilha et al. (2015), defendam que a hiperventilação profilática/induzida está contraindicada nas primeiras 24 horas após a lesão cerebral primária devido ao risco de isquemia, admitem a sua utilização posterior, de forma temporária, para diminuição da PIC e sob apertada monitorização da oxigenação cerebral.

Assim, este período não ultrapassou os dez minutos pelo risco de isquemia cerebral. Para além disto, foi administrada, após prescrição médica, solução salina hipertónica, que de acordo com Cook et al. (2020), funciona como expansor de volume ao promover o fluxo de água através da barreira hematoencefálica melhorando o fluxo sanguíneo, mantendo vigilância sob possíveis reações adversas por sobrecarga cardíaca ou incremento dos valores séricos de sódio.

Não obstante a estabilização do estado geral da cliente, com normalização dos valores de PIC, PPC e PAM para dentro do alvo, foi decidido repetir a TAC-CE no sentido de despistar possível re-hemorragia ou hidrocefalia, que não se veio a verificar, de acordo com validação pela equipa de Neurocirurgia. Posteriormente, com o intuito de prevenir a isquemia cerebral tardia e o vasoespasma, foi introduzida a nimodipina oral.

De acordo com Boling e Groves (2019), embora o seu mecanismo exato ainda não seja claro, o uso da nimodipina melhora, de forma consistente, os resultados na HSA pelo seu efeito vasodilatador e anti isquémico com elevada sensibilidade a nível cerebral, reduzindo complicações como o vasoespasma e a isquemia tardia. Deve ser, portanto, administrada por via oral na dose de 60 mg a cada quatro horas nos primeiros 21 dias após a HSA, podendo ser ajustada, se necessário, conforme a TA do doente.

Até ao final do turno, mantive os cuidados à senhora que permaneceu estável. Deste modo, considero que a prestação de cuidados a esta doente, revelou-se fulcral no desenvolvimento das competências de EEEMC no cuidar da pessoa em situação neurocrítica, uma vez que possibilitou a intervenção fundamentada na evidência científica, no sentido de antecipar, identificar e responder perante focos de instabilidade, garantido a administração de protocolos terapêuticos complexos; implementando intervenções de enfermagem apropriadas, monitorizando-as, adequando-as e avaliando os seus resultados, despistando, igualmente, possíveis complicações. Para além disso, apesar de não ter prestado cuidados a esta senhora em mais nenhum turno na UCIP, prestei-lhe cuidados no serviço de internamento da Neurocirurgia, como explanarei posteriormente neste trabalho.

Outra pessoa em situação neurocrítica a quem prestei cuidados foi o Sr. J. L., de 63 anos, com Fibrilhação Auricular (FA) e que deu entrada no SU após ter sido encontrado pelo filho no WC com afasia e hemiparesia direita. Após realização de TAC-CE com angiografia, que revelou um AVC isquêmico com presença de trombo na porção proximal da artéria cerebral média (ACM) esquerda, foi submetido a trombólise e trombectomia e posterior internamento na Unidade de AVC. No segundo dia de internamento, apresentou um agravamento neurológico com queda no score da GCS. Realizou TAC-CE de controlo que revelou uma AVC maligno da ACM esquerda com transformação hemorrágica (TH), marcado efeito de massa cerebral embora ainda sem herniação. Após observação pela equipa de Neurocirurgia foi encaminhado para o BO, tendo sido submetido a hemicraniectomia descompressiva à esquerda com colocação de catéter de DVE e posteriormente admitido na UCIP para suporte ventilatório e monitorização da PIC.

O AVC, de acordo com Funchal et al. (2018), é a segunda causa de mortalidade no mundo e a principal causa de incapacidade. Uma das formas severas de AVC isquêmico, causado pela interrupção do fluxo sanguíneo na porção proximal da ACM ou da carótida interna, é conhecido como o AVC maligno. A diminuição do FSC causa a falha da bomba de sódio-potássio, a quebra da barreira hematoencefálica, um edema citotóxico global e consequentemente, morte cerebral. Esta cascata de eventos conduz à rápida deterioração neurológica devido ao edema cerebral com efeito de massa significativo, herniação das estruturas cerebrais e compressão do tronco cerebral, o que justifica a sua taxa de mortalidade de cerca de 70 a 80%, mesmo com tratamento otimizado, com uma incidência de 10-20/100.000 e cerca de 10% de todos os AVC hemisféricos.

Dado que representa um elevado risco de vida, esta condição deve ser reconhecida e tratada de forma imediata no SU. Após a estabilização da via aérea, respiração e circulação, a avaliação diagnóstica inicial e a transferência do doente para uma unidade de cuidados neurocríticos não devem ser adiadas. Se indicado, terapias de reperfusão precoce devem ser iniciadas ainda no SU (Sykora et al., 2016).

A TH é uma complicação do AVC e diz respeito a um AVC hemorrágico que ocorre após o evento isquêmico, numa fase precoce – resultante da recirculação sanguínea devido ao movimento do coágulo – ou numa fase mais tardia, devido ao aumento da permeabilidade vascular e aumento do fluxo sanguíneo, após redução do edema cerebral. Entre 43 a 65% dos doentes com AVC isquêmico sofrem TH associada ao efeito de massa e a défices neurológicos, sendo que o risco é maior em doentes com AVC extensos, em casos de oclusão proximal da ACM e recanalização tardia (seis ou mais horas após o início do

AVC). Para além disso, o avançar da idade, a trombólise e patologias cardiovasculares subjacentes, especialmente a FA, representam um risco aumentado (Pande et al., 2020).

A craniectomia descompressiva (CD) é uma das intervenções neurocirúrgicas que demonstra maior eficácia no tratamento de doentes acometidos por um AVC maligno da ACM por levar à significativa redução da PIC, prevenir a lesão cerebral secundária, otimizar a perfusão na zona de penumbra e resultar, por isso, na redução geral da mortalidade com melhoria na recuperação funcional (Sauvigny et al., 2017).

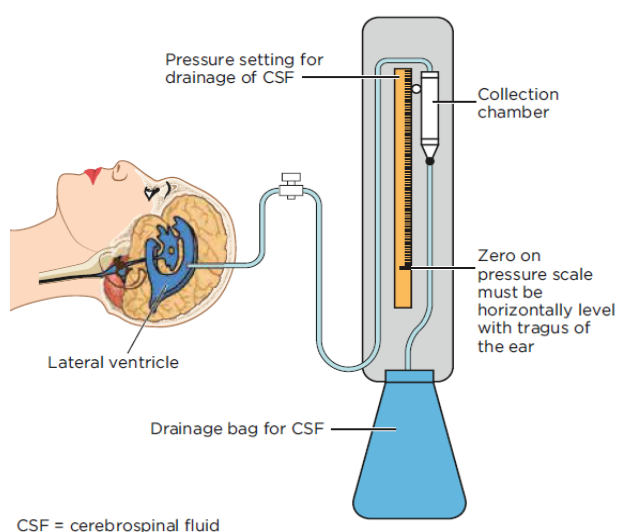
A monitorização da PIC nestes doentes, segundo Funchal et al. (2018) e Beez et al. (2019), revela vários episódios de HIC que devem ser tratadas com medidas dirigidas, como a drenagem de LCR, adequação da sedoanalgesia, terapia hiperosmolar, hipotermia, elevação da cabeceira e períodos de hiperventilação induzida.

Assim, a implantação de um catéter de DVE é utilizado com frequência pela sua funcionalidade dupla, quer para monitorização da PIC como para a drenagem de LCR e/ou sangue. A hidrocefalia aguda é uma das indicações mais comuns para um DVE, seja devido a HSA, hemorragia intraventricular ou intraparenquimatosa, infeção, neoplasias ou até na abordagem a vítimas de TCE (Fried et al., 2016).

Segundo Humphrey (2018), inserido diretamente num dos ventrículos laterais, habitualmente no hemisfério direito no sentido de minorar o risco de alguma disfunção da linguagem, o DVE, um pequeno cateter macio, é inicialmente introduzido uns centímetros sob o couro cabeludo antes de entrar no crânio. Seguidamente é colocado no corno anterior do ventrículo, fazendo um pequeno furo no crânio e incisão nas meninges. Por fim, é feita a sutura da incisão na pele, o cateter é suturado ao couro cabeludo e a ferida protegida com penso oclusivo esterilizado.

Fora do crânio, conforme ilustra a figura 3, o cateter é conectado a um sistema de drenagem constituído por uma câmara coletora ligada a uma régua de medição e um saco de drenagem presos entre si. A pressão é medida em milímetros de água em que o zero corresponde à pressão do local onde o cateter entra no ventrículo e deve ser sempre horizontal ao nível do forame de Monroe do doente. O ponto de queda diz respeito ao nível de pressão do DVE definido pela equipa de neurocirurgia e representa a quantidade de pressão que deve estar dentro dos ventrículos antes da drenagem de LCR. No sistema de drenagem externo, corresponde à altura em que câmara coletora está pendurada. Este correto posicionamento deve ser verificado continuamente e nunca descurado aquando do posicionamento do doente no sentido de evitar situações de subdrenagem ou drenagem excessiva de LCR (Humphrey, 2018).

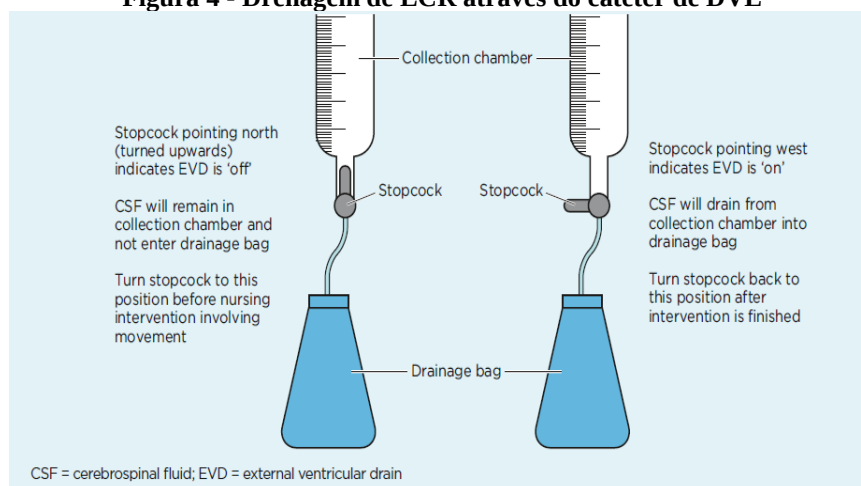
Figura 3 - Catéter de DVE e o seu posicionamento



Fonte: Humphrey, 2018

Entre a câmara coletora e o saco de drenagem existem uma torneira que permite controlar a drenagem de LCR, que deve ser posicionada verticalmente antes de qualquer intervenção que envolva mudanças de posição, o que impede a drenagem de LCR para o saco. Após as intervenções realizadas, a torneira deve ser posicionada horizontalmente, permitindo a drenagem de líquido (Figura 4) (Humphrey, 2018).

Figura 4 - Drenagem de LCR através do cateter de DVE



Fonte: Humphrey, 2018

Importa ainda destacar que este procedimento não é inócuo e pode levar a diversas complicações como a infecção, traumatismo e hemorragia causado pela inserção do cateter e seu incorreto posicionamento e drenagem inadequada de LCR (especialmente se manipulado de forma incorreta). Para além disto, deve-se ter em atenção que todos os doentes submetidos

à colocação de DVE estão em risco moderado a alto de um sofrer um tromboembolismo. Deste modo, devem ser instituídas medidas de prevenção como o uso de meias de compressão venosa nos membros inferiores e a instituição de terapêutica antitrombótica assim que possível. Neste sentido, a utilização de heparina não fracionada ou heparina de baixo peso molecular representa uma redução de 45% deste risco quando comparado a nenhuma profilaxia (Fried et al., 2016).

Para além de todos os cuidados a implementar na pessoa em situação neurocrítica, já aqui descritos e abordados no caso clínico que apresentei anteriormente, prestar cuidados a este senhor permitiu-me executar cuidados técnicos de alta complexidade relativamente ao cateter de DVE e monitorização da PIC, intervindo com base na evidência científica; conhecendo e despistando possíveis complicações, através da vigilância contínua do estado geral do doente; adequando o seu posicionamento, evitando o posicionamento para o lado da hemicraniectomia (que induz o aumento da PIC) e alinhando com o sistema da DVE; intervindo respeitando a assepsia e medidas de controlo e prevenção de infeção (abordado posteriormente) e atentando à trombopprofilaxia através da aplicação de meias de contenção venosa e a salvaguarda da instituição de terapêutica – após discussão com a equipa da unidade de AVC iniciou profilaxia com enoxaparina diária ao quarto dia de internamento. Todas estas intervenções são congruentes, de acordo com Humphrey (2018), com as competências que o enfermeiro deve possuir para o cuidado da pessoa em situação neurocrítica submetida a CD e implantação de DVE e, como tal, coincidentes com as competências do EEEMC.

A dor, de acordo com a DGS (2003), diz respeito a um sintoma que está presente, de forma geral, na grande maioria das situações patológicas que necessitam de cuidados de saúde. Como quinto sinal vital, a sua avaliação, monitorização e controlo eficaz representa “um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (p. 1).

A International Association for the Study of Pain e uma equipa multidisciplinar reviu, em 2020, a definição de dor, aperfeiçoando-a de acordo com as múltiplas opiniões de pessoas que sofrem com dor e os seus cuidadores. Deste modo, definem a dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (Raja, 2020, p. 1976).

Além disso, os autores supracitados destacam que a dor traduz sempre uma experiência pessoal que é influenciada por níveis biológicos, psicológicos e sociais distintos, aprendido pelas pessoas ao longo das suas experiências de vida e cujo relato sobre uma

experiência que represente uma dor deve ser respeitado. Assim, pode incorrer em efeito adversos na função e bem-estado social e psicológico e, a descrição verbal é apenas um dos variados comportamentos possíveis para expressar dor, ou seja, a incapacidade de comunicar não nega a eventualidade de um ser vivo sentir dor.

A OE (2021) enfatiza ainda que a dor é uma experiência subjetiva, única e multidimensional que pode subsistir mesmo na ausência de causas identificadas.

A preocupação com a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal tornou-se patente no final dos anos 90 em que, do esforço conjunto da DGS e da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, surge o Plano Nacional de Luta Contra a Dor aprovado pelo Ministério de Saúde em março de 2001. Posteriormente, deu-se a criação de variados programas e planos estratégicos nacionais para a prevenção e controlo da dor, que têm vindo a sofrer atualizações defendendo sempre que a dor, seja aguda ou crónica, tem impacto significativo na pessoa que ultrapassa largamente o sofrimento que lhe causa, comprometendo não só a sua qualidade de vida como também da sua família. Mais ainda, reconhece-se também que as repercussões socioeconómicas da dor são consideráveis devido aos custos que advêm do recurso recorrente aos serviços de saúde, às despesas com a terapêutica bem como aqueles decorrentes da perda de produtividade (DGS, 2017).

Assim, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor atualizado pela DGS em 2017, defende que a abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser suportada por evidência científica atualizada com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional. Deste modo, dada a elevada prevalência e multidimensionalidade da dor assim como a transversalidade da sua abordagem, a formação em dor deve ser constante, aprofundada e atualizada ao longo do percurso profissional, sensibilizando e capacitando igualmente, os cidadãos para a prevenção e gestão da dor, propiciando a sua literacia em saúde.

Posto isto, reconhecendo a importância da valorização da dor e sua correta avaliação, monitorização e gestão, naturalmente que foi prioridade e objetivo no decorrer das práticas clínicas. Isto levando ainda em conta que, segundo Teixeira e Durão (2016), a dor está presente na grande maioria das pessoas em situação crítica e está relacionado quer com a patologia de base ou motivo que levou ao seu internamento quer com os inúmeros procedimentos a que é sujeito durante a sua admissão quer num SU quer numa UCI.

A SPCI (2016) defende igualmente que a sua presença é comum nos doentes críticos e admite que é regularmente desvalorizada e nem sempre considerada prioridade pelos profissionais de saúde quando comparada com os outros sinais vitais.

De acordo com Nordness et al. (2021), mais de metade dos doentes admitidos em CI sentem dor moderada a intensa, mesmo em repouso e 80% experienciam dor durante os procedimentos a que são sujeitos, independentemente da causa da sua admissão que pode representar dor de origem inflamatória, isquêmica, neuropática ou pós-cirurgia e/ou trauma. Para além disso, procedimentos comuns como a inserção da linha arterial, a introdução ou remoção de drenos torácicos, a aspiração de secreções, os cuidados de higiene e o posicionamento são reportados como algumas das experiências mais dolorosas pelas pessoas admitidas em UCI.

A resposta sistémica à dor, segundo Shaikh et al. (2018), pode conduzir a efeitos adversos, a longo prazo, que se deve ao aumento de nível de catecolaminas circulantes e causa vasoconstrição arteriolar que prejudica a perfusão tecidual e reduz a PaO_2 nos tecidos. Ademais, pode desencadear reações de hipermetabolismo catabólico que resulta em hiperglicemia, lipólise e colapso muscular, prejudicando, desta forma, a cicatrização de feridas e aumentando o risco de infeção por levar a uma redução de neutrófilos. A dor aguda não tratada durante a admissão em CI constitui o maior fator de risco para o desenvolvimento de dor crónica persistente e debilitante.

Em contexto de CI, a dor pode ainda ser aumentada pelo sofrimento psicológico emocional associado à hospitalização, à sensação de perda de controlo e à incapacidade de, na maioria das vezes, conseguir comunicar verbalmente a dor que sentem (Nordness et al., 2021).

Esta ideia já era corroborada por Gomes (2020) que advoga que os sentimentos de impotência por parte dos doentes são comumente causados, entre outras coisas, por serem incapazes de expressar verbalmente a dor que sentem. A literatura descreve que pessoas que estiveram internadas em UCI referem que gritavam de dor por dentro, mas não conseguiram comunicar aos profissionais.

Assim, a adequada avaliação, monitorização e gestão da dor em CI traduz melhores *outcomes* para os doentes como a redução de dias de ventilação mecânica, diminuição do tempo de internamento na UCI, da incidência de *delirium* e das taxas de mortalidade. A analgesia apropriada pode reduzir o uso de sedação que pode minorar o delírio e os seus efeitos negativos a longo prazo (Nordness et al., 2021).

A SPCI (2016) e a OE (2021) advogam que a aferição da intensidade da dor feita pela própria pessoa através da aplicação de escalas de mensuração de autoavaliação como a Escala Visual Numérica (EVN) é considerado *gold standard* na sua correta avaliação. Todavia, a utilização desta estratégia é apenas recomendada para doentes que conseguem

colaborar e comunicar eficazmente. No entanto, tal nem sempre é possível dada a gravidade da situação clínica do doente que pode ter a sua consciência diminuída, estar sob VMI e efeito de fármacos sedativos. Nestes casos, a avaliação deve ser realizada através de indicadores comportamentais, com recurso a escalas apropriadas e validadas.

Fundamentadas em indicadores comportamentais, segundo a SPCI (2016), foram estabelecidas escalas para detetar e medir a dor em doentes críticos com bom grau de fiabilidade e validade tais como BPS – que será aprofundada seguidamente -; a *Critical Care Pain Observation Tool*, que contempla a avaliação de quatro itens comportamentais nomeadamente a expressão facial, os movimentos corporais, a tensão muscular e a adaptação ventilatória ou vocalização; e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor* (ESCID), que compreende cinco itens, ou seja, a avaliação da musculatura facial, da tranquilidade, do tónus muscular, da adaptação ventilatória e do conforto. Destas, nas UCI em Portugal, a mais utilizada é a BPS.

A SPCI (2016) no seu Programa Nacional para a Avaliação da Dor, emana um conjunto de recomendações suportadas por normas, artigos e estudos realizados a nível nacional. Deste modo, é preconizado que:

1. O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o “gold standard” para a avaliação da dor e resposta à analgesia; 2. O uso da EVN é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam; 3. A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a BPS; 4. A avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos e sempre que se justifique; 5. A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos); 6. A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (ex. posicionamentos); 7. A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (ex. aspiração de secreções endotraqueais); 8. A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso; 9. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica; 10. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto; 11. Após a avaliação da dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais (p.40).

Levando em conta que a BPS é a escala recomendada pela SPCI para avaliação da dor no doente crítico incapaz de verbalizar, pude verificar que na UCIP está é aplicada, à luz do preconizado. Deste modo, importa aprofundar que a BPS (Figura 5) está dividida em três indicadores: a expressão facial, os movimentos de membros superiores e a adaptação ao ventilador do doente. Em cada indicador estão inseridas quatro categorias que descrevem o comportamento do doente, atribuindo a cada uma pontuação entre um (sem dor) a quatro (máximo de dor). O *score* total varia entre os três (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima).

Figura 5 - Behavioural Pain Scale (BPS)

Expressão facial	Relaxada	1
	Ligeiramente contraída (ex.: sobranceiras arqueadas)	2
	Contração franca (ex.: Pálpebras fechadas)	3
	Fáceis com sinal de dor	4
Tónus dos Membros Superiores	Sem movimento.	1
	Ligeira flexão.	2
	Membros em flexão e punhos fechados.	3
	Membros Retraídos.	4
Adaptação ao Ventilador	Adaptado.	1
	Reação esporádica ao ventilador.	2
	Luta contra o ventilador.	3
	Impossível de ventilar	4

Fonte: Silva, 2013

Todavia, apesar de constituir uma ferramenta válida e confiável, deve-se ter em atenção que a BPS não fornece informações sobre a localização, qualidade e o tipo de dor. Para além disto, a capacidade de o doente demonstrar movimentos dos membros superiores pode estar comprometida devido ao uso de fármacos sedativos e/ou relaxantes musculares (Barreto, 2018).

Desta forma, de acordo com Teixeira e Durão (2016), o enfermeiro deve estar atento a outros sinais como a alteração dos sinais vitais (hipertensão, taquicardia, polipneia) e dilatação da pupila. Para Cunha et al. (2020), os indicadores fisiológicos mais reconhecidos na presença de dor aguda são os cardiovasculares (aumento de TA e FC); respiratórios (aumento da FR e diminuição da SpO₂) e os cerebrais (aumento da PIC e redução da PPC). Acrescenta ainda a alteração no tamanho pupilar, o rubor, a palidez, a sudorese, a náusea e o vômito como potenciais sinais fisiológicos de dor.

Porém, Nordness et al. (2021) defendem que embora as alterações dos sinais vitais devem ser consideradas, não deve ser estratégia única para a avaliação da dor na PSC uma vez que estão limitados e podem estar relacionados com outras experiências não dolorosas ou a condições patológicas específicas.

Refletindo sobre este aspeto, durante a prática clínica, pesquisei sob outras eventuais escalas que poderiam ser aplicadas para a avaliação da dor da PSC em CI, que tivesse em conta tanto os aspetos comportamentais como também aspetos fisiológicos. Por conseguinte, pude conhecer a Adult Non-Verbal Pain Scale (NVPS) que, segundo Cunha et al. (2020), no que concerne à validade de conteúdo, é uma escala mais robusta por compreender indicadores fisiológicos e comportamentais.

De acordo com a autora supramencionada, a NVPS engloba a avaliação de cinco indicadores, cada uma com três categorias a que se atribui uma pontuação de zero a dois. O *score* total varia entre o zero (sem dor) e os 10 pontos (dor severa). Assim, avalia-se:

- Face: nenhuma expressão particular ou sorriso; presença ocasional de esgar facial, lacrimejar, sobranceiras franzidas, testa franzida; presença frequente de esgar facial, lacrimejar, sobranceiras franzidas, testa franzida;
- Atividade/movimento: deitado calmamente, posição normal; procura atenção através do momento ou movimento lento/cauteloso; agitado, atividade excessiva e/ou reflexo de retirada;
- Comportamento protetor: deitado calmamente, não posiciona as mãos sobre nenhuma zona do corpo; imobilização de áreas do corpo, tenso; rígido, tenso;
- Fisiológico (sinais vitais): sinais vitais estáveis; aumento da PAS mais de 20mmHg e/ou aumento da FC em mais de 20bpm; aumento da PAS mais de 30mmHg e/ou aumento da FC em mais de 25bpm;
- Respiratório: valores de FR e SpO₂ estáveis, com sincronia com o ventilador; aumento da FR em mais de 10rpm, diminuição da SpO₂ em 5% ou assincronia moderada com o ventilador; aumento da FR em mais de 20rpm, diminuição da SpO₂ em 10% ou assincronia severa com o ventilador.

Embora esta escala, tal como já aqui exposto, não seja ainda aplicada na realidade dos CI em Portugal, o seu conhecimento foi importante para mim no sentido de valorizar não só os indicadores comportamentais de dor na PSC incapaz de verbalizar, como também estar desperta a evidências fisiológicas que podem traduzir dor.

Relativamente à gestão e tratamento da dor, de acordo com Petzold e Girbes (2013), o principal desafio na pessoa em situação neurocrítica é fazê-lo sem mascarar ou negligenciar alguma situação de deterioração neurológica. Para tal, uma abordagem multidisciplinar e multimodal deve ser utilizada, através do recurso a estratégias farmacológicas e não-farmacológicas (Nordness et al., 2021).

O uso de medidas não farmacológicas tem vindo a ganhar fundamento científico nos últimos anos, nomeadamente no que concerne à massagem terapêutica, à crioterapia, à terapia de relaxamento e o uso de música e som. O principal objetivo destas medidas é abordar tanto a via física e sensorial da dor (através da massagem e crioterapia) como também aspetos emocionais, afetivos e cognitivos da perceção da dor (através da música e do relaxamento). Não obstante o desafio que isto representa na PSC nos casos de

incapacidade em verbalizar as suas sensações e percepções relacionados com a sua dor, a evidência demonstra que estes métodos têm sido eficientes em diminuir a intensidade de dor tanto em situações de autoavaliação de dor bem como nas avaliações de indicadores comportamentais (Nordess et al., 2021).

No que diz respeito às medidas farmacológicas, os autores supracitados defendem que é o método mais utilizado para o tratamento da dor na PSC. Porém, não estão isentas de efeitos colaterais e podem conduzir a problemas indesejados como o delírio, que está também associado ao uso excessivo de opióides e particularmente de benzodiazepinas. Por isso, advogam que o tratamento da dor deve ser protocolado e escalado progressivamente, recorrendo sempre que possível, à analgesia antes da sedação.

Para Shaikh et al. (2018), os opióides constituem o principal grupo de medicamentos utilizados em CI devido à sua potência, efeito sedativo ligeiro e efeito ansiolítico, sendo os mais comuns o fentanilo, o remifentanilo e a morfina. A escolha de qual a utilizar e a dosagem deve ser individualizada considerando a sua farmacocinética, farmacodinâmica e potenciais efeitos adversos assim como a situação clínica e as comorbilidades do doente. O tramadol também pode ser utilizado uma vez que minimiza a depressão do sistema cardiorrespiratório. A utilização de analgésicos não opióides como os anti-inflamatórios não esteroides, o paracetamol e a cetamina, pode ter vantagens quando associados à terapêutica opióide por melhorar o efeito analgésico com uma dose menor de opióide, minorando, desta forma, os seus potenciais efeitos adversos.

De acordo com os autores supracitados, interessa não descurar que a forma de administração da terapêutica analgésica constitui também um fator importante. Em doentes críticos, a administração endovenosa deve ser privilegiada à oral pois a disfunção do trato gastrointestinal pode influenciar a absorção do medicamento, e à subcutânea ou intramuscular por potencial inadequada absorção devido à presença de edema ou hipoperfusão (como por exemplo, em situações de choque).

Assente no exposto, ao longo da minha prática clínica e no cuidar da PSC, procurei transpor todo o conhecimento e fundamentar as minhas intervenções à luz da evidência científica mais recente. Tal como defendido pela OE (2021), a presença de dor não pode ser menosprezada, sendo indispensável estipular uma estratégia terapêutica apropriada ao seu controlo, o que poderá levar à melhoria da qualidade de vida da pessoa, a otimização dos cuidados e mensuração de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Assim, estive sempre desperta à avaliação da dor das pessoas a meu cuidado, utilizando para tal não só as escalas utilizadas na UCIP, sobretudo a BPS, como também estive atenta a evidências

fisiológicas e emocionais de dor e mal-estar. Geri medidas farmacológicas de combate à dor, implementando-as e avaliando a sua resposta, otimizando situações de sedoanalgesia. Fundamentada também no facto de que em CI os inúmeros procedimentos, como os cuidados de higiene, os posicionamentos, as aspirações de secreções, entre outros, podem incorrer em dor, ansiedade e agitação no doente, tive também em conta a otimização da analgesia antes da realização destes procedimentos. Utilizei também o posicionamento e a massagem terapêutica como medidas não farmacológicas.

Contudo, e porque a gestão do bem-estar da pessoa em situação neurocrítica acarreta também a gestão de todo o ambiente que o rodeia dado que, tal como já abordado no presente trabalho, estímulos como o ruído e a luminosidade, podem conduzir ao aumento da atividade cerebral, da FSC com consequente HIC, aperfeiçoei comportamentos e competências na procura da minimização do ruído dentro da UCI.

Uma vez que trabalho num SU hospitalar, o ruído sempre esteve presente no meu dia-a-dia e é algo a que acabei por me habituar sem refletir muito sobre o impacto que tem nos doentes e até em mim e nos outros profissionais. No entanto, chegada à UCIP, o ambiente, o tipo de doentes e o tipo de ruído é completamente diferente. O constante soar dos alarmes, seja dos monitores ou ventiladores, foi algo que me incomodou ao início. A adicionar a isto o entra e sai de gente, o barulho típico dos cuidados, das conversas, entre outros. Num dos turnos, um cliente, que não se encontrava sedado e apesar de ventilado, fez-nos perceber que o ruído, naquele momento causado pelo barulho dos monitores e pela conversa entre profissionais, também o estaria a incomodar. Aí, perante a equipa, a minha tutora, sensibilizada para o tema falou-nos sobre os estudos que evidenciam o impacto do ruído nos doentes internados nas UCI, mesmo estando sedados, e abordou estratégias para que pudéssemos minimizar isto. Nesse instante, senti que deveria estar mais atenta e decidi aprofundar o assunto para que pudesse depois implementar medidas no meu dia-a-dia, na prestação de cuidados, desenvolvendo a minha *praxis* com base na evidência científica.

O ruído, segundo Alves (2012), é definido com um som desagradável ou indesejável para o ser humano que invade o nosso ambiente e pode ameaçar a nossa saúde, produtividade, conforto e bem-estar. Pode ser medido através de um aparelho medidor que regista a pressão de som numa escala em decibéis, em que ao valor zero corresponde o limiar da audição e o valor 130, o limiar da dor.

O ruído sempre foi um fulcral problema ambiental para o Homem. Na antiga Roma, existiam regras e leis que procuravam limitar o ruído emitido pelas rodas de ferro quando embatiam nas estradas de calçada, causando interrupção do sono e desconforto. Já nos anos

de 1850, Florence Nightingale, sensibilizava os Enfermeiros para o controlo cauteloso do ambiente do doente como sendo uma preocupação prioritária das suas intervenções, no que respeita o controlo da luz, do ruído, do cheiro, da ventilação e da temperatura (Alves, 2012; Mineiro, 2016).

Para Marques (2013), o ruído é inevitável em todas as unidades de Cuidados de Saúde, quer seja pelos passos acelerados, o pedido de ajuda por vezes num tom mais elevado, um doente confuso a gritar, entre outros. Expor o doente ao ruído constante e desnecessário é uma forma de desumanização dos cuidados de Enfermagem.

Tendo em conta que a PSC normalmente está ou no SU ou numa UCI, é para mim importante compreender a forma como o ruído se encontra presente nestes dois contextos. De acordo com Mineiro (2016), ambos contêm variadas fontes de ruído como rampas de vácuo, monitores, ventiladores mecânicos, entre outros. Além de todo este ambiente, também o ritmo de trabalho por vezes traduz maior ruído, como por exemplo em situações de emergência, em que há necessidade de uma comunicação entre profissionais com tom de voz mais audível, assim como por exemplo o abrir e fechar de portas e gavetas.

É de extrema importância assegurar um ambiente calmo e propício ao repouso devendo-se ter em conta não só o ruído constante (ruído de fundo) mas também as alterações de volume (picos de volume). Para tal, a padronização de níveis de ruído é feita através de normas para o conforto acústico admitidos em edifícios hospitalares, escolares ou similares, consagrado na legislação portuguesa e que não devem ultrapassar os 55 dB, como é apresentado no regulamento geral sobre o ruído, pelo Decreto-lei nº 9/2007, valor que é facilmente ultrapassável durante o funcionamento conjunto de vários aparelhos ou durante as atividades diárias das pessoas, mais exacerbados em determinados períodos do dia (Alves, 2012).

Porém, mais recentemente, Mineiro (2016) defende que a nível hospitalar o ruído de fundo, segundo as *guidelines* da OMS, não deveria exceder os 30 dB e que os picos deveriam ser inferiores a 40 dB, não excedendo os 35 dB nos quartos dos doentes.

Todavia, nos trabalhos desenvolvidos por Pires (2016) e Mineiro (2016), evidenciou-se, através dos resultados de vários estudos, que estas normas não são cumpridas e que se mantém um nível elevado de ruído nas UCI e SU. Em Portugal, de acordo com um estudo realizado, em 2005, numa UCI de Lisboa, observou-se que o nível de ruído oscilava entre 55,3 dB e 71,6dB durante o dia e entre 43 e 63 dB durante a noite. Além das UCI, também nos SU se verifica um nível elevado de ruído, sendo que neste serviço é, em média, cerca de 5 a 10 dB superior aos restantes serviços de internamento.

Mineiro (2016) mediu também o ruído de determinados fenómenos numa UCI, na procura de identificar potenciais fatores que contribuíssem para estes valores aumentados:

- Alarme de ventilador: 70 dB;
- Alarme “vermelho” /emergente de monitor: 65 dB;
- Alarme “amarelo/ urgente de monitor: 50 dB;
- Alarme de bomba infusora: 68 dB;
- Campainha da porta de entrada: 55 dB;
- Dispensador de papel para secagem das mãos: 73 dB;
- Conversa entre profissionais (a cerca de dois metros da unidade do cliente): 60 dB.

Quando falamos em ruído numa unidade hospitalar pensamos nas alterações que desencadeia na saúde dos doentes, mas, também nos enfermeiros e outros profissionais, que estão expostos diariamente ao ruído, pondo em causa a sua saúde (Marques, 2013).

Relativamente aos doentes, como sabemos a admissão numa UCI é um processo para si muito stressante e marcante, estando suscetível a fatores adversos como o ruído e a privação do sono pela sua situação crítica. O eixo hipotálamo - pituitária – adrenalina, de acordo com a autora supramencionada, mesmo sob influência de terapêutica sedativa e analgésica, é sensível a níveis elevados de ruído, o que conduz ao aumento da secreção de adrenalina e noradrenalina e consequente vasoconstrição periférica com aumento da TA e da FC. Sendo perturbadora do sono, a prevalência do ruído contribuí também para o aumento da incidência do *delirium* nas UCI. Para além disto, a exposição contínua a excessivo ruído ambiental pode também provocar alterações ao nível da memória, aumentar a agitação e diminuir a tolerância à dor.

Segundo Alves (2012), a presença constante de ruído pode ocasionar nos enfermeiros a perda da capacidade de concentração intelectual e consequente diminuição da produtividade, interferência com a capacidade de ouvir os alarmes, dificuldade na perceção das indicações verbais, o que aumenta a probabilidade de cometer erros, fadiga e irritabilidade agravando o grau de *stress*. Para além destes, as insónias são muitas vezes referidas pelos profissionais de saúde “(...) às vezes sonho com a bomba a apitar e com uma paragem a chegar (...)”, e “por vezes acordo a meio da noite em casa e penso estar a ouvir bombas infusoras (...)” (p.31).

Todavia, sabe-se que os alarmes dos equipamentos estão intimamente ligados à segurança do doente uma vez que têm como principal objetivo alertar os profissionais de

saúde para um desvio de um estado determinado previamente como normal ou expectável. Com receio de que estes alarmes sonoros possam passar despercebidos aos profissionais, Sendelbach e Funk (2013) referem que a tendência é de muitas vezes aumentar o seu volume e defendem a importância não só de ajustar o volume dos alarmes como também ajustá-los corretamente de acordo com a situação clínica do doente, de modo a diminuir a incidência de falsos alarmes e prevenir a chamada “fadiga de alarmes”, definido como uma sobrecarga sensorial que ocorre quando os profissionais estão expostos a um número excessivo de alarmes, que pode resultar numa certa dessensibilização e comprometer a segurança dos cuidados.

Sei, portanto, que este ruído não é inócuo e provoca desconforto no doente e nos próprios profissionais. Para Mineiro (2016), um dos fatores que contribui para o descontrolo do ruído diz respeito muitas vezes à não consciencialização dos profissionais para esta prática associada também à falta de perceção de que trabalham num ambiente ruidoso e que este tem consequências nefastas para eles e para os doentes. Pensando na minha própria prática, por vezes é fácil de perder a noção do ruído produzido e o facto da grande maioria dos doentes, em CI, se encontrarem sedados e entubados cria uma falsa sensação de que o ruído não os estimulará.

Posto isto, refletindo sobre aquilo que posso fazer para modificar este fenómeno, senti também necessidade de pesquisar sobre as intervenções adotar com o intuito de minimizar o ruído na minha prática.

No que diz respeito aos doentes (e que inevitavelmente acaba por influenciar os profissionais), Patel et al. (2014) realizaram um estudo em que colocaram em prática um conjunto de medidas – uma espécie de *bundle* de intervenções – com o objetivo de reduzir o ruído e a luz, considerados como fatores de risco para o *delirium*. Para reduzir o ruído, incluíram-se medidas como: fechar todas as portas que não fossem usadas; diminuir o volume dos equipamentos, incluindo telefones da unidade, especialmente durante o período noturno (23h às 07h); evitar conversas junto à cama do doente (com exceção do necessário para a sua situação clínica) e fornecer tampões de ouvido de uso único a todos os doentes com uma pontuação superior a -4 na escala de RASS. Achei também pertinente conhecer as medidas utilizadas relativamente à luz que envolveram: reduzir a luminosidade durante a noite usando as luzes próximas à cabeceira do doente para a prestação de cuidados; desligar os ecrãs dos computadores junto à unidade do doente quando não em utilização e fornecer máscaras oculares a todos os doentes com score de RASS superior a -4. Importa também referir também outras medidas implementadas como o planeamento dos cuidados de modo

a agrupar o máximo de intervenções possíveis e o ajuste da sedoanalgesia em todos os turnos e a orientação de todos os doentes relativamente ao tempo, espaço e situação.

Os resultados mostraram que medidas concretizadas permitiram aumentar a qualidade e a quantidade do sono dos doentes, proporcionando-lhes conforto, considerando que os próprios, quando capacitados, referiram que todos os aspetos perturbadores foram abordados. Consequentemente, verificou-se uma redução na incidência e duração de *delirium* (Patel et al., 2013).

Esta ideia é corroborada por Mineiro (2016), que defende que estas intervenções para controlo do ruído devem ser agrupadas em *care bundles*, de forma organizada, objetiva e realista de modo a poderem ser aplicadas nos cuidados de enfermagem.

Relativamente à “fadiga de alarmes”, Sendelbach e Funk (2013) defendem que devem ser implementadas medidas no sentido de diminuir falsos alarmes (que disparam sem razão válida) que soam em eventos que não têm relevância clínica.

O estudo realizado por estes autores revelou que muitos destes alarmes são originados pelos eléktrodo para monitorização cardíaca devido a uma relação entre o contacto entre a pele e o eléktrodo e a impedância eléctrica que interfere na qualidade do sinal. Este é muitas vezes causado pela presença de células de pele mortas, pele suja e presença de pelos, sendo facilmente ultrapassável pela adequada limpeza da pele e tricotomia. Mais ainda, é ressaltado a importância do ajuste individualizado dos alarmes para cada doente, tendo-se verificado que, por vezes, existiam até alarmes duplicados para determinado evento. Esta medida deve incluir o ajuste da sensibilidade para cada alarme que varia igualmente de doente para doente.

O aprofundamento desta temática, graças às reflexões realizadas ao longo das práticas clínicas, permite-me refletir sobre vários aspetos relevantes para a minha prática atual e como futura EE. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro, é competência do EE, no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o desenvolvimento de uma praxis clínica especializada em evidência científica, atuando como dinamizador da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos, alvos de cuidados.

Assim, é importante para mim ter presente que, quando admitido numa UCI ou no SU, o doente está num ambiente desconhecido, stressante e exposto a vários estímulos causadores de desconforto. Como estudado, o ruído provoca alterações em todos os contextos do conforto: físico (provoca taquicardia, aumento da TA), ambiental,

psicoespiritual (ansiedade, medo) e sociocultural (dificulta a comunicação entre as pessoas) e por isso, um ambiente ruidoso é um ambiente desconfortável e nocivo para o cliente e também para o próprio profissional. Por isso, é da responsabilidade dos enfermeiros gerir o ambiente que rodeia o cliente, minimizando o ruído.

Nesta prática clínica procurei ter uma prática refletida. É positivo verificar que muitas das intervenções defendidas pelos estudos abordados são postas em prática na UCIP. Há a preocupação de ajustar e personalizar os alarmes dos equipamentos no início de cada turno e inclusive até suspendê-los, sem colocar em causa a segurança do doente, durante alguns procedimentos. As luzes também são reduzidas no período noturno inclusive, alguns colegas desligam o ecrã dos computadores da unidade do doente.

Atualmente procuro pôr em prática todos estes cuidados, partilhando com os outros colegas, em momentos oportunos para tal, o conhecimento adquirido. Desenvolvi também durante o Estágio II, um cartaz (Apêndice A1) e um panfleto (Apêndice A2) a sensibilizar sobre esta temática e que foram apresentados e expostos na UCIP.

Deste modo, considero que o percurso realizado espelha o desenvolvimento das competências do EEEMC no que concerne à gestão à gestão diferencia da dor e do bem-estar da PSC e/ou em falência orgânica.

Reconhecida a importância do EEEMC no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, importa relembrar que, segundo Regulamento n.º 425/2018, o Regulamento das Competências Específicas do EEEMC,

se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (p.19363).

Sendo a Enfermagem uma profissão que enfatiza o cuidado personalizado e holístico, que se foca em atender, não apenas às necessidades dos clientes, mas também da sua família, constituindo-a como foco dos seus cuidados, a gestão da comunicação interpessoal e o estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e sua família, face à sua situação de saúde de alta complexidade, não poderiam deixar de ser também competência do EEEMC.

Dado que o Homem é um ser eminentemente social, a comunicação é de particular importância na relação entre as pessoas e é parte integrante de todo o percurso de vida. É o meio pelo qual as pessoas participam no mundo em que vivem, propiciando a partilha de experiências. Desta forma, o processo de comunicação consiste em compreender e

compartilhar mensagens emitidas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e a sua interação influenciam o comportamento das pessoas envolvidas (Borges, 2015).

Os conceitos de comunicação, saúde e enfermagem, segundo a autora supracitada, são indissociáveis. A comunicação assume extrema relevância em contextos diferentes, especialmente na relação enfermeiro/doente/família, sendo essencial o seu desempenho com qualidade por ser instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde.

Deste modo, é fulcral que a comunicação em saúde seja clara, compreensível, credível e principalmente individualizada às necessidades do doente, às suas capacidades cognitivas e ao seu nível cultural (Borges, 2015). Isto assume particular importância dado que, já em 2009, Rosário verificou que grande parte da insatisfação dos doentes com a qualidade dos cuidados de saúde estava relacionada com as atitudes e o comportamento profissional dos técnicos de saúde, e de modo particular, na área da comunicação.

Sabendo que o cuidar constitui a essência no campo da competência específica da enfermagem e que ninguém exerce enfermagem, sem comunicar eficientemente, Borges (2015) defende que a comunicação no cuidar deve ser holística, considerar a pessoa como um todo e evidenciar respeito pelo doente como pessoa e não como um corpo alvo de intervenções de enfermagem.

A mesma autora, refere que “a informação prestada ao doente e à família constitui uma das armas mais poderosas no que se refere à ajuda necessária à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem” (p.18). Esta partilha de informação é obtida através da comunicação e é essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica. A comunicação possibilita, assim, a interação entre o enfermeiro e o doente/família, proporcionando o estabelecimento de um relacionamento humano que permita atingir os objetivos dos cuidados de enfermagem.

De acordo com o Regulamento n.º 79/2015, do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, a comunicação e as relações interpessoais assumem um papel importante no domínio da prestação e gestão dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro inicia, desenvolve e suspende a relação terapêutica estabelecida com o doente e/ou família, através das capacidades interpessoais e de uma comunicação adequada; comunica, de forma consistente, a informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do doente; assegura que a informação fornecida é apresentada de forma apropriada e clara, bem como responde adequadamente às questões, solicitações e problemas do doente/família, no respeito pela sua área de competência.

Por sua vez, o Regulamento n.º 429/2018, das competências específicas do EEEMC, atribui unidades de competência específicas e acrescidas, relativamente ao enfermeiro de cuidados gerais. Tais competências fundamentam, não só, a intervenção no âmbito da gestão da comunicação interpessoal, mas também, a gestão da relação terapêutica perante a PSC e sua família.

Neste sentido, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional e está presente em todos os momentos da sua atuação. Em contexto de CI, isto não é exceção. Mesmo perante uma PSC, a comunicação assume relevante papel dado que, para Meleis citada por Alves (2015), auxilia no intuito da enfermagem no cuidar da PSC apoiá-la na vivência de situações de transição - ou de potencial transição -, como por exemplo por doença aguda, perspetivando o seu bem-estar.

Relativamente à admissão de um doente na UCI, esta é a, para Rosário (2009) a afirmação da intenção de salvar uma vida, e pode levar a que a pessoa possa ser despersonalizada em função da doença que tem não se valorizando a pessoa que é, com dignidade e merecedora de respeito, independentemente da situação que vive.

Ser admitido numa UCI, é por si só uma experiência traumática, assustadora e desconhecida. A necessidade de sedação, entubação endotraqueal e VMI, que tornam as pessoas incapazes de falar, acarretam um conjunto de emoções negativas (Gomes, 2020).

Segundo Modrykamien (2019), estudos revelam que doentes ventilados experienciam frequentemente ansiedade, medo, sofrimento físico, impotência e despersonalização. Sentimentos de raiva são também comuns uma vez que a maioria desconhece o que aconteceu antes de serem admitidos no serviço, o que terá sucedido para se encontrarem naquela condição e o que irá acontecer, sentindo-se extremamente dependentes dos profissionais de saúde e sem acesso a meios de comunicação suficientes.

Esta falta de capacidade/habilidade dos doentes para se expressarem adequadamente pode levar à diminuição da participação no seu próprio tratamento e, conseqüente reabilitação (Gomes, 2020). De acordo com a própria, em vários estudos, os doentes descrevem que veem os enfermeiros ocupados, o que acaba por os afetar, levando a uma tendência em se isolar, surgindo sentimentos de raiva e mau humor. Todavia, quando a comunicação é eficiente, a compreensão é o sentimento predominante.

De acordo com Salem e Ahmad (2018), a comunicação entre doentes submetidos a VMI e enfermeiros tende a ser breve e curta, com a duração aproximada de um minuto, com os enfermeiros a iniciar a mensagem com controlo sobre o assunto, o momento e o método

de comunicação. Isto porque, para Gomes (2020), na maioria das vezes é difícil conseguir entender o que a pessoa tenta transmitir, o que leva a sentimentos de incompetência, culpa, e frustração por parte do profissional e consequente abandono da tentativa de comunicação, fazendo com que só se foque na parte física e técnica.

A frustração é reforçada como o sentimento mais predominante por parte da equipa de enfermagem, pois “a incapacidade de conseguir compreender o doente, aliado à vontade de lhe fazer o melhor, geram um misto de emoções difíceis de lidar e insegurança na prestação de cuidados” (Gomes, 2020, p. 46). Porém, segundo a mesma autora, estes sentimentos negativos experienciados quer pelo doente como pelos profissionais desaparecem com a dedicação dos enfermeiros à comunicação, conseguindo entender o doente melhor e satisfazer mais rapidamente as suas necessidades, prevalecendo a vontade de continuar a investir numa intervenção eficaz.

Assim sendo e levando em conta que eu própria já experienciei no decorrer do meu percurso académico e profissional, sentimentos de frustração e incompetência por, por vezes, não conseguir comunicar, na minha opinião, de forma eficiente e terapêutica com as pessoas sob VMI ao meu cuidado, achei pertinente pesquisar sobre as estratégias que podem ser utilizadas no sentido de colmatar esta minha dificuldade, uma vez que possibilitar o acesso à comunicação, independentemente da existência de limitações, é direito importante para todos os doentes.

De acordo com Gomes (2020), os estudos evidenciam que os doentes em situação crítica costumam lembrar-se de forma clara da comunicação com o enfermeiro, mesmo que tenham estado inconscientes a maior parte do internamento. Quando os doentes não conseguem expressar-se verbalmente, habitualmente a equipa tenta adivinhar e interpreta de forma livre aquilo que acham que a pessoa deseja expressar, o que se revela pouco eficiente. De forma geral, as equipas usam apenas a comunicação através do sim ou não, o aperto de mão ou o piscar de olhos.

Para a autora supramencionada, o recurso a estratégias de comunicação aumentativa e alternativa (AAC), como quadros com símbolos e meios eletrónicos, torna os doentes capazes de expressar os seus sentimentos e necessidades, com menos erros na interpretação. Assim, existe uma enorme necessidade de fornecer e treinar os profissionais a utilizar estas estratégias que permitem também diminuir os tempos de internamento dos doentes nas UCI e as suas morbilidades.

Estas estratégias de AAC são ferramentas que podem ser baixa ou alta tecnologia. As primeiras incluem basicamente duas ferramentas: papel e caneta para doentes com

cognição e habilidades motoras finas preservadas escreverem livremente ou listas de atividades/perguntas (com frases pré-estabelecidas) para selecionarem; ou quadros/placas de comunicação quando as habilidades motoras estão intactas, mas o doente não é capaz de escrever. Estas consistem em ícones e imagens que representam as necessidades básicas. Além disso, gráficos de alfabeto e símbolos podem ser adicionados, permitindo que os pacientes apontem para letras / símbolos individuais para formar palavras e/ou expressões (Madrykamien, 2019).

De acordo com o autor anterior, as estratégias de alta tecnologia, permitem um maior nível de sofisticação, possibilitando a comunicação com o uso de um dispositivo portátil. O “*ICU Patient Communicator*” desenvolvido pela *Society of Critical Care Medicine*, permite que os doentes selecionem de uma série de ícones com os títulos “Eu tenho dor”, “Eu preciso”, “Eu sinto” e “Eu quero ver, que pode ser traduzido para vários idiomas. Depois da seleção de um destes ícones, surge um menu suspenso ou imagem corporal, o que permite ao doente selecionar mensagens específicas ou apontar para um corpo área de dor, através de botões, clique do rato, tela sensível ao toque ou detetor infravermelho de piscar.

Apesar da utilidade destes dispositivos de AAC, de acordo com Salem e Ahmad (2018), têm ainda uma série de limitações e barreiras à sua implementação e utilização nas UCI. São dispositivos que podem ser dispendiosos e cuja eficácia depende da adaptação individualizada a cada doente. Por isso, requerem disponibilidade e treino por parte de quem os vai utilizar que nem sempre existe devido ao ambiente complexo da unidade. Assim, a elevada carga de trabalho leva muitas vezes a atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde relativamente à utilização destes dispositivos. Para além disso, existem uma série de condicionantes relacionadas com os doentes que podem inviabilizar a utilização e eficácia destas estratégias como a fraca condição do doente, instabilidade hemodinâmica, edema e mobilidade reduzida, fraca visão e aliteracia.

Não obstante, os autores referenciados anteriormente citam vários estudos realizados para avaliar a eficácia após a implementação das estratégias de AAC e todos são consensuais: com a devida disponibilidade e treino, verificou-se um comportamento positivo por parte dos enfermeiros com diminuição dos níveis de frustração sentidos durante a comunicação com o doente ventilado. No que concerne aos doentes, houve também uma melhoria, sentida especialmente na comunicação sobre a dor.

Posto isto, refletindo na prática, tal como os autores referem, a comunicação através do sim ou não, o aperto de mão ou o piscar de olhos é de facto a mais utilizada no dia-a-dia na UCI. Relativamente às estratégias de AAC aqui abordadas, vi e utilizei técnicas mais

simples como o recurso a papel e caneta e placas de comunicação (mais para a avaliação da dor). Outras requerem que estejam disponíveis e facilmente compreendo a dificuldade em implementá-las e utilizá-las pela elevada carga de trabalho que os profissionais têm.

Gostava de realçar algo que também me foi inculcido, quer durante as aulas teóricas, quer na prática pela enfermeira tutora e restante equipa, que é sempre ir comunicando ao doente, mesmo sedado. Procurei sempre me apresentar ao doente, orientá-lo relativamente ao tempo, espaço e sua situação e ir explicando passo-a-passo aquilo que ia sendo feito. Aos poucos, fui-me treinando para tentar perceber respostas não-verbais que o doente me poderia transmitir, tentando estar sempre desperta para isso.

A reflexão realizada no decorrer do Estágio Clínico II sobre esta temática assim como a constante reflexão ao longo da prática permitiram-me também aperfeiçoar este aspeto. Valorizar ainda mais a comunicação, a sua importância e tentar utilizar sempre várias estratégias, com o intuito de compreender a pessoa ao meu cuidado, satisfazer as suas necessidades e reduzir sentimentos negativos seus e meus. Como EE, é meu dever estar consciente disso, não só colocar em prática como também influenciar positivamente os meus colegas para tal, independentemente do serviço em que desenvolva a minha prática, sempre suportada pela evidência científica.

A família das pessoas a quem prestei cuidado foram naturalmente também alvo da minha preocupação e cuidado ao longo das práticas.

Importa salientar que, segundo Lopes (2018), o conceito de família tem vindo a evoluir à margem do desenvolvimento da sociedade, afastando-se da sua essência mais tradicional até à realidade imposta pela atualidade. Assim, vai além da sua dimensão biológica, por não se confinar a relações de consanguinidade e incluir pessoas consideradas significativas, contemplando a dimensão social, psicológica e legal. Esta noção é sustentada pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, no seu *browser* online de 2019, a família¹⁰⁰⁷⁵⁵⁴, é definida como “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

O experienciar de uma situação limite, associada aos processos complexos de doença crítica, é vivida quer pelo doente quer pela sua família de forma única. A família na maioria das situações vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas e subtis alterações no estado clínico do seu ente querido, apresentando ansiedade extrema, incertezas profundas a instabilidade emocional. A alteração num dos membros do sistema familiar, devido ao

impacto da doença, traduz modificações em todo o sistema, impondo-lhe a mobilização de recursos e competências até à data desconhecidas (Sá et al., 2015; Scott et al., 2019), sendo o enfermeiro o profissional mais apto para facilitar neste processo de transição tal como já abordado.

Deste modo, de acordo com Borges (2015), confrontado com esta realidade, é fulcral que na sua intervenção o enfermeiro procure “compreender a singularidade de cada família, identificar as suas verdadeiras necessidades e ajudar na mobilização de estratégias de *coping*, de modo a facilitar a adaptação a esta nova fase de vida” (p. 11).

Consequência do internamento em CI é imposta uma repentina e inesperada separação que conduz a uma rutura na rede familiar. Para a PSC admitido numa UCI, as políticas destas unidades não só determinam um distanciamento das suas pessoas significativas como também conduzem à alteração do quotidiano que passa a ser marcado por diferentes horários, rotinas de visitas, luzes, alarmes, entre outros (Baião, 2017).

Face à situação de crise, os membros da família podem vivenciar sentimentos de culpa, perda, aflições, medos e ansiedade perante a situação crítica e o desconhecido. Deste modo, compreender esta situação e as necessidades de cada um dos membros da família, representa um desafio para a prestação de cuidados de enfermagem, em que se deve distanciar a componente biomédica enfatizando os sentimentos da PSC e da sua família propiciando um cuidado congruente com qualidade (Xyrichis et al., 2019).

Alsharari (2019), no seu estudo transversal, identificou as necessidades mais importantes dos familiares de PSC admitidas na UCI sendo que, as necessidades mais importantes identificadas pelos familiares foram a necessidade de garantia, de informação, proximidade, conforto e apoio.

O cuidar da família, como sistema, deve ser visto como uma abordagem holística dos cuidados prestados à PSC. Uma família que tem as suas necessidades cuidadas revela-se como um contributo incalculável para o enfermeiro, por estar não só mais capacitada para contribuir para a recuperação da PSC – pelo conhecimento que possui desta – assim como está mais habilitada para participar ativamente na tomada de decisão (Lopes, 2018).

Esta ideia já era defendida em 2015 por Borges que admite que pensar em Enfermagem numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, acarreta o reconhecimento da relevância da comunicação no âmbito da relação terapêutica estabelecida com a família do doente. Aliás, é alicerçado no processo de comunicação com a família, que o enfermeiro concebe uma relação terapêutica eficiente, propiciando a qualidade e a humanização dos cuidados prestados.

A intervenção tem início no contacto inicial com a família, prolonga-se durante todo o período de internamento e idealmente deve ser mantida no período pós-alta. A relação terapêutica estabelecida com a família define-se como o ponto de partida da intervenção do enfermeiro, determinada pelo respeito mútuo, confiança, empatia e na sua capacidade em manifestar as suas próprias emoções que demonstra à família a genuidade da sua intenção (Sá et al., 2015; Lopes, 2018).

É relevante relembrar que a relação terapêutica difere da comum relação social em que há nesta a procura de satisfação mútua de necessidades. Assente em prol da pessoa/família alvo de cuidados, a relação terapêutica vai-se estabelecendo à proporção em que a pessoa vai confiando no enfermeiro que o auxilia a compreender a situação que está a experienciar (Lopes, 2018).

A autora supramencionada destaca ainda a importância da empatia e da comunicação nesta intervenção do enfermeiro. A primeira, diz respeito à capacidade de o enfermeiro colocar-se no lugar do outro e perceber o mundo como este o vê de modo a compreender as suas necessidades e sentimentos, despojado de preconceitos e tomando consciência dos seus próprios sentimentos que podem influenciar de forma negativa o seu pensamento e tomada de decisão. Por outro lado, a comunicação terapêutica é fulcral para que as pessoas se expressem e relacionem entre si. Por isso, deve ser um processo consciente e intencional, que não se cinge à transmissão de informação e é sensível à comunicação verbal e não-verbal como os gestos, a postura, os olhares, entre outros.

Atentando à conjuntura atual de pandemia que condiciona a entrada de familiares nos serviços de saúde hospitalar e assente no exposto até ao momento, a articulação com a família daqueles a quem prestei cuidados, embora dificultada, foi prioridade na minha intervenção. Todos os dias, de acordo com o estabelecido pela unidade, realizei um contacto telefónico aos familiares de referência dos clientes ao meu cuidado, procurando atualizá-los relativamente à situação clínica do seu familiar e perceber as suas necessidades. Mais ainda, não obstante a política hospitalar, na UCIP, é permitido a entrada da pessoa significativa, mediante teste SARS-COV-2 negativo sendo a visita gerida pelos enfermeiros da unidade, de modo a que não estejam muitos familiares presentes ao mesmo tempo.

Relato a situação de uma senhora de 72 anos a quem prestei cuidados durante dois turnos no decorrer desta prática clínica. Tratava-se de uma senhora de nacionalidade ucraniana, a residir no Reino Unido, e que se encontrava de férias na região com a sua filha e neto quando foi admitida por HSA após rotura espontânea de aneurisma. Já estava na unidade há 22 dias em coma mantido mesmo após desmame de sedação e traqueostomizada.

Embora tenham sido apenas dois turnos, tive oportunidade de receber a filha da utente e por isso, procurei estabelecer uma relação terapêutica com a mesma. Estando sozinha na região com o seu filho menor, foi com agrado que percebi que a equipa disponibilizava-se a proporcionar a visita à sua mãe sendo que o seu bebé, ficava no gabinete médico na companhia de um dos elementos da equipa. Comunicando em inglês, pude perceber pela não só pela sua postura cabisbaixa, fáceis triste como também por aquilo que me transmitira que a senhora se sentia sobrecarregada por estar a vivenciar esta situação inesperada sozinha, que representou um evento crítico, de transição, para toda a família. Adotando uma postura tranquila e de escuta ativa, incentivei-a a expressar os seus sentimentos e pensamentos. Questionava o futuro da sua mãe, a possibilidade de levá-la até ao Reino Unido em transporte aéreo ou se deveria solicitar à sua família para se dirigir à região. Procurei assumir um papel facilitador neste processo de transição. Transmiti as suas dúvidas à equipa médica responsável e em conjunto, abordou-se a situação clínica da cliente, com a sua filha esclarecendo que naquele momento não era viável o regresso até ao Reino Unido. Fez-se também a articulação com a assistente social no sentido de não só contactar a embaixada inglesa com o intuito de auxiliar a vinda de outros familiares à região como também se estabeleceu o contacto com o hotel onde a senhora estaria hospedada que se disponibilizou a auxiliar a família em todo o processo, inclusive no cuidado ao bebé menor. Apesar de o meu contacto com esta família ter sido breve, considero que foi relevante, pois procurei encorajar a expressão dos seus sentimentos, demonstrando preocupação pelo seu estado físico, emocional, psicossocial e espiritual. Procurei escutá-la e ser empática, tornando-a alvo dos meus cuidados. Verifiquei que a família enfrenta incertezas e experimenta angústia durante o internamento do seu familiar na UCI. Como tal, assumi um envolvimento e apoio pró-ativos para satisfazer as necessidades das famílias, numa perspetiva holística.

O acolhimento da família da pessoa em situação neurocrítica foi uma das estratégias que utilizei para identificar as necessidades de cada um e intervir com elemento facilitador no processo de transição que estavam a vivenciar. Isto porque, para Silva (2019), o acolhimento à família da PSC enquanto estratégia, representa o início do estabelecimento da relação terapêutica, coloca ênfase na humanização do cuidar e procura minorar o impacto do ambiente em CI, sendo descrita pelos familiares como medida propícia de suporte.

Levando em conta que, segundo Baião (2017), ansiedades e receios por parte da família relativamente à PSC e a todo o meio que o rodeia podem conduzir a uma diminuição de interação com o doente por dúvidas relacionadas com a possibilidade de advir

consequências da interação e contacto físico com o doente, é fundamental que se realize uma preparação prévia da família, potenciando um contacto mais afetivo.

Já em 2015, Sá et al. defendiam que a criação de um ambiente calmo e seguro para a família é umas principais funções do enfermeiro, para que possam estar próximos do doente sem medo de interferir no seu bem-estar e tratamento. Para tal, antes da entrada na UCI, o enfermeiro deve preparar a família para o ambiente da unidade; perceber quais as suas expetativas; esclarecer as regras e funcionamento da UCI, disponibilizando se possível material escrito e identificar o familiar de referência que irá estabelecer a relação direta entre a equipa e restante família (Silva, 2019).

Num dos turnos que realizei, pude efetivar o acolhimento à família de um senhor de 68 anos, que havia sido admitido na UCIP durante o turno da noite proveniente do Hospital dos Marmeleiros, por AVC hemorrágico. Encontrava-se sedoanalgesiado, sob VMI, com cateter de DVE e monitorização de PIC. À luz do preconizado, recebi os seus filhos antes da entrada na unidade e pude perceber que no dia anterior tinham visto o pai “bem e a falar” (sic), com previsão de alta do serviço de medicina interna após a agudização da sua insuficiência cardíaca. Forneci informações relativamente ao estado de saúde do pai de forma adequada ao seu conhecimento (já haviam igualmente recebido informações pela equipa médica), preparando-os para como iam encontrá-lo e o ambiente que o rodeava. Orientei relativamente ao funcionamento e regras da unidade e foi definido um familiar de referência. Procurei responder às suas dúvidas e quando preparados, acompanhei-os até junto do doente. Incentivei-os a falar e tocar no seu pai se fosse da sua vontade, propiciando um momento de privacidade, a sós, com o seu familiar, disponibilizando a minha presença. Considero que, desta forma, dei início ao estabelecimento da relação desta família com toda a equipa da unidade, tornando-os parte integrante dos cuidados.

Outra das famílias com quem tive a oportunidade de intervir, embora não tenha feito o seu acolhimento na unidade, foi a de uma senhora de 43 anos, admitida há 12 dias após um AVC hemorrágico com TH, submetida a hemicraniectomia à direita. No turno em que a tive ao meu cuidado, pude receber o seu esposo de forma breve. Assim, procurei reconhecer o impacto do internamento para si e restante família, identificando as suas necessidades decorrentes da situação crítica de saúde/doença. Pude perceber que representava sem dúvida um evento crítico, um ponto de viragem, que conduziu a uma transição não só de saúde/doença (pela mudança abrupta de um estado de saúde para um estado de doença), como também situacional (pela necessidade inesperada de redefinição de papéis dentro da família) por se tratar de uma senhora ativa no seu papel não só como mãe

e esposa, como com papel ativo na sociedade representando uma fonte de sustento para a família. Embora ainda naturalmente longe de reestabelecer o equilíbrio face a este processo de transição, percebi que o senhor contava com a ajuda de vários familiares, que se tinham organizado no sentido de colaborar com a vida domiciliar e o cuidado aos seus filhos menores. Abordei igualmente com o senhor a possibilidade de encaminhamento para a assistente social no sentido de esclarecer as suas dúvidas relativamente a possíveis apoios à família, que foi recusada no momento em que o senhor referiu que queria pensar no assunto. Infelizmente não pude intervir mais com esta família pela senhora ter sido transferida no dia seguinte para a Unidade de AVC, mas foi igualmente uma experiência enriquecedora para alcançar os meus objetivos.

Em suma, de acordo o exposto até ao momento, o processo de doença crítica deve ser analisado de modo holístico, e é possível identificar um leque de mudanças, transições, que acontecem similarmente na pessoa em situação neurocrítica como também nos seus familiares desde o momento da entrada em UCI até ao momento da sua morte. A família vivencia, na maioria dos casos, de modo violento e emocional, todas as horas e todos avanços do estado clínico do seu ente querido por isso, é imperativo delinear ideias e intervenções focadas na preparação e antecipação da morte. Para que este processo de transição seja bem-sucedido, contribuirá sempre uma comunicação eficaz, um esclarecimento eficaz, estabelecendo uma relação terapêutica de confiança neste binómio que é a família e os profissionais de saúde.

O acompanhamento da família da pessoa em situação neurocrítica em situação de fim de vida, através da adoção de uma postura facilitadora da “dignificação da morte”, atendendo a processos de luto presentes e encaminhando a recursos existentes na equipa/comunidade em caso de necessidade foi também uma realidade no desenrolar desta prática clínica, tal como explanei em capítulo anterior, por ter representado igualmente uma situação de aprofundamento de competências no domínio da ética enquanto futura EE.

Por fim, o internamento numa UCI é estabelecido, para alguns dos doentes em risco de vida, como um tempo transitório constituindo-se parte de um processo e não um fim em si. Este processo tem início no momento e no local em que o doente estava quando experienciou o acontecimento que lhe colocou em risco de vida que pode acarretar consequências determinantes na sua evolução e prognóstico, não só durante o seu internamento como posteriormente, uma vez que o processo deve continuar após a alta da unidade, de acordo com as necessidades de cada caso individual (DGS, 2003).

Posto isto, um dos objetivos para esta prática curricular era fazer o acompanhamento de uma pessoa em situação neurocrítica, e sua família, se possível, desde a sua admissão em CI até à alta da unidade articulando com os serviços/recursos para onde fosse encaminhado. Apesar de não ter tido nenhuma oportunidade em específico, quando realizei o estágio no serviço de internamento de Neurocirurgia, pude prestar cuidados à senhora N., caso aqui já discutido anteriormente.

Portanto, como exposto a senhora deu entrada no SU, tendo sido posteriormente admitida na UCIP por HSA após rotura de aneurisma. Após a permanência na unidade durante 27 dias, teve alta para o 7º Poente. Aqui encontrei a cliente num score de 9 na GCS, apresentando, por períodos, abertura ocular espontânea, embora sem dirigir o olhar, e com reação à dor com fuga do membro superior esquerdo. Défices de tetraparésia, pupilas isocóricas e isorreativas. Traqueostomizada. Hemodinamicamente estável, perfil normotensivo. Mantinha FC tendencialmente bradicárdica mas sem repercussão hemodinâmica. Permanecia igualmente a cumprir a nimodipina prescrita na UCIP, para prevenir alguma complicação tardia que pudesse justificar o seu estado geral. Apirética. Com SNG para alimentação. CV funcionante, com boas diureses. Sem outras alterações.

Durante os dias de passagem por este serviço, colaborei com o meu enfermeiro tutor nos cuidados a esta doente, percebendo a sua evolução desde o último turno na UCIP e tentando perceber o seu encaminhamento. Sob um programa de reabilitação diário, realizado pelos enfermeiros especialistas do serviço, a cliente era mobilizada várias vezes ao dia e realizava até levantar diário para o cadeirão. Em diálogo com o tutor, percebi que este era muitas vezes o caso dos diversos doentes neurocirúrgicos provenientes da UCIP, cuja estabilização e manutenção continuava no internamento até uma possível transferência para uma rede de cuidados continuados ou até um lar. Para tal, a preparação da alta iniciava-se desde a sua admissão, através da preparação da nota de alta e a articulação com os diversos serviços da comunidade, de acordo com a evolução do estado de cada doente.

A intervenção na família revela ser de extrema importância no sentido de ajudá-los a experienciar esta transição e melhor prepará-los para a nova etapa. Infelizmente, dado o contexto pandémico, as visitas não eram permitidas no internamento salvo exceções previstas, como por exemplo, o fim de vida. Porém, no sentido de tentar minimizar este impacto, neste serviço um dos enfermeiros especialistas (seja de reabilitação, saúde mental e psiquiátrica ou médico-cirúrgica) ficava responsável por contactar diariamente os familiares dos doentes admitidos, intervenção que pude também realizar.

O acompanhamento deste caso permitiu-me perceber melhor todo o percurso da pessoa com afeções do foro neurológico/neurocirúrgico e conhecer os cuidados que lhe são prestados desde a sua admissão, não só observando e colaborando como efetivamente intervindo nestes cuidados.

3.2. Cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.

O sistema integrado de emergência médica, para a OE (2012), diz respeito a um conjunto de ações coordenadas, de âmbito extra e inter hospitalar que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica.

Na Região Autónoma da Madeira, em 1982 nasce o SRPC, I.P.-RAM, previsto mais recentemente no Decreto Legislativo Regional n.º 17/2009/M, com a missão de “prevenir os riscos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, bem como resolver os efeitos decorrentes de tais situações, socorrendo pessoas e protegendo bens” (p. 4228) “orientar, coordenar e fiscalizar as actividades exercidas pelos corpos de bombeiros, bem como todas as actividades de protecção civil e socorro” (p. 4228).

Em 1998, é criada a EMIR e que passou a integrar o Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) criado em 2006. A EMIR, que é constituída por uma equipa de um médico e um enfermeiro, em viatura adequada, com carácter permanente, tem o intuito de intervir em toda a Região no âmbito da emergência pré-hospitalar, incluído o socorro em meio marítimo e aéreo. Para além da EMIR, o SEMER engloba também, desde 2010, o Programa Regional de Desfibrilação Automática Externa e recebe informação transmitida diretamente pelos agentes de proteção civil através do Comando Regional de Operações de Socorro (CROS). Neste existe um atendimento por pessoal especializado, quer na Central CIC-CROS como, desde 2019, através do Sistema de Triage e de Acolhimento Telefónico (STAT), onde é realizado um atendimento/triagem, aconselhamento e acompanhamento das diferentes situações, por enfermeiros.

Relativamente à atuação do enfermeiro no pré-hospitalar a sua intervenção é imprescindível por ser o profissional dotado de formação técnica, científica e humana apropriada para a prestação de cuidados em qualquer situação, especialmente em contexto de maior complexidade, sendo detentor de competências específicas que lhe possibilitam atuar de forma autónoma e interdependente, no seio de uma equipa de intervenção de emergência (OE, 2007).

A OE (2007) afirma ainda que:

Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar (p.1).

Nesta sequência, o enfermeiro com a sua formação de base e o acréscimo de competências específicas, representa um recurso humano fundamental na prestação de cuidados na área do socorro pré-hospitalar. O desafio sentido nas diversas experiências da sua prática de cuidados diários, ajudam-no a desenvolver a mestria de saberes e a proficiência que realçam o carácter singular dos cuidados de emergência concedidos pelos enfermeiros no pré-hospitalar (Oliveira & Martins, 2013).

Conhecedora da sua importância, não poderia deixar de estabelecer como objetivo a aquisição de competências especializadas no cuidado da PSC, preferencialmente de modo específico à pessoa em situação neurocrítica, em contexto pré-hospitalar. Para tal, realizei três turnos no SRPC, I.P.-RAM, procurando aproveitar todas as oportunidades que surgissem.

O SEMER dispõe de uma equipa constituída por 15 médicos de diversas especialidades como a cardiotorácica, a cirurgia geral, a anestesia e a medicina intensiva, e por 26 enfermeiros: 15 destacados apenas para o STAT sendo que os outros 11 alternam entre esta linha e a EMIR. Destes enfermeiros, a maioria é também EEEMC.

Recentemente, devido à pandemia, foi criada a Linha de Saúde 24 Regional para o atendimento da população e triagem de situações relativas à COVID-19. Esta linha, que funciona a partir na sede do SRPC, IP-RAM, funciona com a intervenção dos enfermeiros do SEMER, 24h por dia. Deste modo, a equipa de enfermagem funciona de forma rotativa entre os três postos – EMIR, STAT e Linha de Saúde 24.

Assim, nos três turnos que realizei, dividi o tempo entre os diferentes postos perspetivando uma visão global da intervenção do enfermeiro neste contexto.

Na RAM, todas as chamadas realizadas ao 112 são atendidas pela PSP que realiza uma breve triagem inicial, avaliando a necessidade de despacho de outros meios que não polícia. Nestes casos, a chamada é encaminhada para a Central CIC-CROS e atendida pelos operadores que, por sua vez, passam a chamada diretamente aos enfermeiros em caso de situações de socorro. Após receção da chamada, o enfermeiro obtém informações como o contacto de quem está a ligar, a morada da ocorrência, aquilo que motivou o pedido de socorro e o número de vítimas, realizando uma triagem de acordo com os 30 fluxogramas

existentes, à semelhança do STM, mas criados especificamente pela e para o SEMER. Em simultâneo, realiza os registos em programas informáticos próprios e solicita ao operador o despacho de meios necessários, conforme a triagem realizada. Esta articulação entre o enfermeiro e operador é célere e facilitada, na minha opinião, por estarem todos na mesma sala e terem todos os acessos aos registos realizados por ambas as partes, não só em cada computador que dispõem assim como nos ecrãs em grande ponto nas paredes da sala.

De entre os 30 fluxogramas existentes, como por exemplo situações de agressão, catástrofe, dificuldade respiratória; indisposição na criança; transporte secundário; estado de inconsciência/PCR; Covid 19; entre outros - os enfermeiros selecionam o mais adequado à situação, progredindo no fluxograma e atribuindo, desta forma uma prioridade à situação que determina não só os meios e recursos humanos necessários, como também o tempo que deve ser cumprido até ao despacho de meios.

Assim, podemos estar perante uma situação vermelha, ou P1, com despacho imediato da EMIR e de outros meios; P2 amarelo, e P3 verde, e P4 azul em que se decide não ser necessário o despacho de meios. Em todas as situações, o enfermeiro presta socorro, fornecendo indicações adequadas a quem realiza a chamada com o intuito de auxiliar a vítima até à chegada dos meios ao local. Nas situações azuis, faz o aconselhamento que pode incluir por exemplo, o encaminhamento ao médico assistente, a recomendação de terapêutica, entre outros. De realçar, o cuidado, em todas as ocorrências de ir acompanhando o desenrolar da situação, realizado, conforme necessidade, um *recall*, para fazer a reavaliação da situação após a instituição das medidas aconselhadas.

Neste aspeto, recordo-me de diversas situações como por exemplo a chamada após uma criança ter sofrido uma crise convulsiva em que o enfermeiro realizou o pré-socorro, mantendo-se em linha até a criança ter recuperado a consciência e que ainda fez um *recall* para reavaliar o seu estado anteriormente à chegada da ambulância; ou de uma senhora idosa, com patologia osteoarticular, que solicitou uma ambulância por dor no joelho. Nesta situação, após perceber a cronicidade da situação, conversou com a senhora, reviu com ela a sua terapêutica, aconselhando a toma de um analgésico e após uma hora, fazendo nova chamada para avaliar o efeito terapêutico e posteriormente encaminhando para o seu médico assistente.

Tendo realizado já a prática clínica no SUB Machico e observado a articulação com o STAT da perspetiva do serviço, pude perceber também como é o que o enfermeiro faz a triagem das situações referenciadas pelos SUB, em que é solicitado o transporte dos doentes para o SUP. Em caso de dúvida ou de necessidade da sua intervenção, os médicos do SUB

contactam diretamente o seu colega da EMIR, que após receber informação do estado de saúde do doente, decide ou pela saída da equipa para o local ou o aconselhamento das intervenções a realizar. Quando não é necessária a intervenção da EMIR, o enfermeiro do STAT aplica uma escala de transporte que o quantifica em diferentes níveis, distinguindo quais os recursos humanos, materiais e tipo de ambulância necessária para realizar o transporte. Deste modo, de acordo com o estado de consciência do doente, a necessidade de via aérea artificial, a FR, o suporte respiratório necessário, a estabilidade hemodinâmica, a necessidade de acesso venoso, avaliação de ECG, de *pacemaker*, de suporte técnico e farmacológico e o risco de arritmias, é atribuído um score que categoriza em três prioridades ou níveis, a primeira sendo necessário apenas o tripulante de ambulância e que pode até ser uma ambulância de transporte de doentes; a segunda que obriga ao transporte em ambulância de socorro acompanhado por enfermeiro ou médico e por fim, a terceira, que implica o transporte em ambulância medicalizada com enfermeiro e médico, equiparado na nossa realidade, à EMIR.

As instalações estão desenhadas de modo a que a sala da equipa da EMIR está anexa à central, possibilitando o acompanhamento das ocorrências, em tempo útil, pela equipa. Esta socorre todas as situações de prioridade 1, vermelhas, podendo até socorrer situações de prioridade 2, com grande potencial ou foco de instabilidade. À semelhança do que acontece no SUB, o médico da EMIR notifica o chefe de equipa médica do SUP quando realiza o transporte de um doente até à instituição.

Apesar de terem sido apenas três turnos, tive oportunidade de conhecer e manusear os equipamentos da viatura, utilizando-os nas ocorrências que acompanhei, que apesar de não terem tratado sempre de pessoas vítimas de afeções do foro neurológico/neurocirúrgico, foram importantes para o desenvolvimento de competências em contexto de emergência, exceção e catástrofe e por isso, explico-as no presente trabalho.

A primeira, tratou-se de um transporte inter-hospitalar entre o Hospital Privado da Madeira para o SU do HNM, de um utente de 78 anos, hipocoagulado, que recorreu ao hospital por cefaleias. Lá foi monitorizado e realizou TAC-CE que demonstrou um hematoma subdural com indicação cirúrgica, procedimento que seria realizado no HNM. Assim, à chegada ao hospital privado, realizei uma avaliação do doente:

- A. Via aérea patente.
- B. Eupneico em ar ambiente. FR 12cpm, regular e simétrica. SpO₂ 99%.
- C. Perfil normotensivo, TA: 123/61mmHg, FC 94bpm, pulso rítmico e cheio. TPC inferior a três segundos.

D. GCS 15. Pupilas isocóricas e isoreativas, com 3mm de diâmetro.

E. Sem alterações visíveis.

Posto isto, seguindo as devidas etapas, efetivámos o transporte do doente até ao HNM, em mantive a vigilância do seu estado geral e monitorização dos seus sinais vitais com recurso ao monitor da EMIR, na antecipação de potenciais focos de instabilidade.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o Regulamento das Competências Específicas do EEEMC, “Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (p. 19362), em que as situações de catástrofe ou emergência multivítima ocorrem de forma inesperada, sendo o serviço de urgência a “porta de entrada” para estas situações e o serviço de CI o “destino” de muitas destas vítimas, com implicação direta na prestação de cuidados.

Os hospitais são instituições complexas e potencialmente vulneráveis, operando frequentemente perto do limite de capacidade de resposta, quer pelas dificuldades inerentes a uma situação de catástrofe (falhas no sistema de comunicação, escassez de equipamento, entre outros), mas sobretudo pela súbita procura dos cuidados de saúde, aquando de uma catástrofe, podendo ocorrer complicações na resposta, comprometendo a capacidade funcional, a segurança e o próprio sistema de saúde (Al Thobaity et al., 2019).

A falta de processos adequados de gestão de catástrofes e situações de exceção cria uma resposta caótica e medidas de cuidados ineficazes. Os processos de gestão de catástrofes começam com a identificação dos riscos que envolvem as comunidades, as famílias, os indivíduos e os hospitais. Embora a identificação de riscos de catástrofe seja muito desafiadora e exija grande esforço dos governos e entidades relacionadas, é uma etapa fundamental e essencial na gestão de catástrofe. A preparação envolve a formação e o treino dos profissionais de saúde, bem como a realização de exercícios e planos de desenvolvimento e políticas. Neste sentido, todos os hospitais devem ter planos e políticas para garantir que a gestão de catástrofes seja holística e inclua todas as fases e não apenas a resposta (Al Thobaity et al., 2019).

Assim, procurei conhecer os planos de catástrofe dos diferentes serviços por onde passei. Mais ainda, quis consultar o plano regional de emergência e catástrofe, compreender os princípios de atuação em situações de catástrofe e o papel dos diferentes intervenientes. Importante para a consecução deste objetivo foi também uma visita de estudo realizada em turma, ao SRPC, IP-RAM, onde tivemos um seminário sobre a Gestão de Cenários em Situação de Catástrofe e pudemos fazer vários raciocínios de triagem, que se revelou importante para aumentar o meu conhecimento nesta área.

Em Portugal, a Lei n.º 80/2015, a Lei de Bases da Proteção Civil, no seu artigo 3.º, diferencia acidente grave de catástrofe, definindo a primeira como “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” e catástrofe como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 5311).

Os planos de catástrofe, de acordo com Sousa (2019), são uma exigência nas instituições de saúde, indiciativos de qualidade. Estes, devem ser testados com regularidade, atualizados e do conhecimento de todos os elementos das equipas intervenientes, em que o recurso a um sistema de triagem é fulcral.

Deste modo, segundo a autora supramencionada, o processo de triagem em situação de catástrofe ou emergências com multivítimas diverge daquela comumente realizada em contextos controlados e que, numa situação de exceção, pode ser iniciada por socorristas com experiência na área. Nestas situações, a triagem engloba dois momentos: a triagem primária e a triagem secundária. A primária, preconiza o uso de uma metodologia simples, com o objetivo de triar o mais rapidamente possível o maior número de pessoas; a secundária objetiva triar um grande número de vítimas de forma mais detalhada. Em ambas as triagens, os doentes são igualmente categorizados em prioridades, do mais emergente – vermelho – ao menos – verde -, contemplando ainda os pretos – mortos – devendo ser feito o registo em folha própria.

Neste aspeto, o Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) considera ainda o conceito de situação de exceção, que descreve como sendo um “acidente com elevado número de vítimas, incêndios florestais, incêndios urbanos/ industriais e intoxicações, sendo também habitual embora, normalmente, sem grande número de vítimas, fenómenos naturais como aluviões, cheias e/ ou inundações, ondas de calor e vagas de frio” (p. 12). Adicionalmente, no campo da prestação de cuidados de emergência médica, um evento de exceção inclui qualquer situação de desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis.

O desenvolvimento destas competências teve, atualmente, uma importância acrescida, face à situação que experienciámos. Em 31 de dezembro de 2019 foi reportada à OMS uma pneumonia desconhecida em Wuhan, na China. A doença COVID-19, causada pelo novo coronavírus – SARS-CoV-2, e inicialmente dada como transmitida por gotículas passíveis de contaminar pessoas numa curta distância ou em objetos e superfícies ou objetos.

Progressivamente foi sendo demonstrado que a transmissão ocorria também de pessoa-a-pessoa, através de gotículas, mas muito ainda se desconhecia relativamente ao reservatório, história natural da doença assim como o tratamento conveniente (Parreira et al., 2020).

Consequentemente, de acordo com os autores supracitados, as estruturas governamentais, comunitárias e os serviços de saúde foram forçadas a elaborar os seus planos de contingência e a reformular toda a sua organização, situação que se verificou na nossa realidade e que vivenciei ao longo deste percurso.

O Regulamento n.º 361/2015, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, define emergência multivítimas como uma

situação que envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática dos cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (p.17240).

Pude também ver, no STAT, a forma como a triagem e o registo da ocorrência em situação de multivítimas é feito, na terceira saída que tive com a equipa da EMIR. As primeiras observações transmitidas ao STAT davam conta de um acidente de viação com três vítimas que se encontravam encarceradas dentro da viatura que havia perdido o controlo numa descida inclinada e embatido com violência numa parede. Tratando-se de uma situação de prioridade 1, a EMIR foi imediatamente para ao local enquanto o enfermeiro do STAT tentava obter mais informações sobre o estado das vítimas. Igualmente, foi enviado para o teatro de operações, duas ambulâncias de socorro e uma viatura de desencarceramento. Ainda a caminho, o enfermeiro do STAT contactou a viatura e informou que as três vítimas já se encontravam fora da viatura: vítima 1, mulher de 14 anos, queixosa do pé esquerdo; vítima 2, mulher de 45 anos, nervosa mas sem queixas; vítima 3, homem de 51 anos, sem queixas e aparentemente etilizado. Chegados ao local, verificámos que apesar da efetiva violência do embate, as informações transmitidas pelo colega do STAT eram corretas. Fizemos a abordagem às três vítimas, todas sem aparentes focos de instabilidade, tendo sido decidida pelo médico da EMIR, o transporte da vítima de 14 anos em ambulância de socorro para o SUP, para realização de ECD ao pé, sem necessidade de acompanhamento pela equipa médica.

Por fim, junto da equipa, pude compreender a forma como os cuidados são geridos, com o intuito de otimizar a resposta da equipa e os recursos, criando um ambiente positivo e favorável à prática, sempre com vista à adaptação e à inovação no cuidar especializado da PSC em contexto pré-hospitalar.

3.3. A prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos no cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), definidas como as infeções adquiridas por doentes e profissionais, relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, independentemente do nível de cuidados e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas de importância premente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos doentes, nas unidades de saúde e na comunidade dado que contribuem para o aumento da morbimortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. Portanto, inviabilizam a qualidade dos cuidados e constituem uma ameaça à segurança dos cidadãos (DGS, 2017).

Pereira e Andrade (2020) referenciam que é estimado que “em 2050, no mundo inteiro, possam existir cerca de 10 milhões de mortes associadas à resistência aos antimicrobianos, superando as mortes atribuíveis a doença neoplásica” (p.163).

Neste âmbito, surge o Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), com vista à coordenação e orientação de iniciativas que permitam alcançar taxas de IACS tão baixas quanto a evidência científica possibilita e a missão de

promover a redução das taxas de infeções associadas aos cuidados de saúde, principalmente através da prevenção da sua transmissão, e a criação de condições para uma redução das resistências aos antimicrobianos, principalmente promovendo o uso correto destes fármacos (...), promover ou incentivar, e coordenar a nível nacional, a vigilância epidemiológica de infeções associadas aos cuidados de saúde, do consumo e das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2017, p19).

Uma vez que incorre na insegurança da população, naturalmente um dos objetivos para o PNSD 2021-2026, no Despacho n.º 9390/2021, é prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Em conformidade com o mesmo documento,

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde 2026 (p. 96).

Para tal, segundo a entidade supracitada, implementou-se a Estratégia Multimodal da Precauções Básicas para o Controlo da Infeção (PBCI) que representam regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde na prestação de cuidados, com o objetivo de reduzir o risco de infeção e a transmissão cruzada e recaem sobre dez

padrões de qualidade: avaliação individual do risco de infecção na admissão do doente e colocação e seu isolamento; higiene das mãos; etiqueta respiratória; adequada utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação correta das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão apropriada dos resíduos; adoção de práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e, por fim, a prevenção à exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Assim, de acordo com a Norma n.º 029/2012 da DGS, as PBCI

destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infecção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infecção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”. A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes (p.10)

Todavia, segundo a mesma norma, importa não descurar que as PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão de todos os agentes infecciosos e, por conseguinte, estão indicadas medidas adicionais baseadas nas vias de transmissão, seja por contacto, aérea ou gotículas, que devem ser complementares às precauções básicas.

Deste modo, perante os diferentes contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos para a manutenção da vida da PSC, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, das competências específicas do EEEMC, este deve maximizar a sua intervenção para a prevenção e controlo da infecção e de resistência a antimicrobianos, conhecendo os planos e diretivas nacionais e das comissões de controlo de infecção da instituição em que exerce, implementando estratégias neste sentido, estabelecendo e salvaguardando o cumprimento de procedimentos e circuitos, constituindo-se, desta forma, elemento de referência para a equipa.

A pessoa em situação neurocrítica, tem maior risco de desenvolver infeções pela multiplicidade de intervenções e tratamentos a que é sujeito. A necessidade de intervenções cirúrgicas, a utilização de variados cateteres, drenos, entre outros, predispõe a pessoa a experienciar uma situação de doença aguda, complexa, a IACS (Uehara, 2019).

De acordo com Busl (2019), estima-se que 15% dos doentes admitidos em CI venham a desenvolver uma IACS, sendo a infecção associada ao CV a mais comum, representando até 23% das infeções. Nos doentes neurocríticos, a taxa de infeções sobe para os 36% quando internados por um período superior a 48 horas. Entre aqueles submetidos a uma craniotomia, 40% desenvolvem pelo menos uma infecção, sendo a mais comum a

Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) (38%), seguida pela infecção associada ao CV (9%) e a infecção da ferida cirúrgica (9%). A meningite pós-operatória ocorre em cerca de 8,6% dos doentes submetidos a neurocirurgia e a infecção associada à ventriculostomia acontece em 22% dos doentes.

Importa igualmente perceber o porquê de os doentes neurocríticos serem tão suscetíveis à infecção. De acordo com a autora supramencionada, a lesão cerebral aguda conduz a uma resposta inflamatória que compreende uma interação complexa entre as células cerebrais centrais e periféricas e componentes solúveis, processo que é fortemente influenciado pela idade, sexo e genética do doente; o mecanismo e grau de lesão; a presença de lesão sistémica e secundária e as intervenções terapêutica instituídas. Consequentemente instala-se uma síndrome de imunossupressão induzida pela lesão cerebral, com ativação precoce e depressão sistémica subsequente que pode durar semanas. Apesar da resposta inflamatória após a ocorrência de uma lesão ser necessária para o seu reparo, uma inflamação prolongada pode levar a uma degeneração neurológica progressiva.

Ressalva-se que, segundo a mesma autora, embora a maioria dos dados relativos às alterações imunológicas sistémicas terem sido observados em pessoas vítima de AVC ou lesão cerebral traumática, não é exclusivo destas condições e pode estar presente noutro tipo de situações como a HSA, a lesão medular e a neurocirurgia.

Para além de ser uma população de alto risco para o desenvolvimento de IACS, as pessoas em situação neurocrítica representam igualmente um desafio específico no que concerne ao seu diagnóstico. A febre, segundo O'Horo e Sampathkumar (2017), embora muito frequente no doente neurocrítico, tem origem infecciosa em apenas 50% dos casos. A abstinência de drogas, as reações medicamentosas e/ou transfusionais, os eventos tromboembólicos e a febre de origem central – comumente presente nas primeiras 72h após a admissão em doentes com tumores cerebrais, hemorragias intraventriculares ou subaracnoideias - estão entre as causas não infecciosas e constituem diagnósticos de exclusão. Portanto, a terapêutica antimicrobiana empírica que habitualmente é instituída precocemente deve ser descontinuada se uma causa alternativa da febre for diagnosticada ou se as culturas permanecerem negativas após 48 a 72 horas.

Esta informação é corroborada por Busl (2019) que refere que com uma incidência de aproximadamente 87% na primeira semana de hospitalização, a febre é altamente prevalente, porém muitas vezes representa uma manifestação de lesão cerebral e não propriamente um problema de origem infeccioso. Além disso, os parâmetros de análise do LCR são frequentemente de difícil interpretação por alterações que podem surgir por

administração prévia de antibioterapia, pela lesão cerebral aguda e pelos procedimentos neurocirúrgicos, contribuindo para o desafio na gestão da infecção na pessoa em situação neurocrítica.

Mais ainda, a barreira hematoencefálica, sendo altamente seletiva, traduz um desafio para a seleção antimicrobiana e o tratamento de infecções uma vez que as estreitas uniões entre as células endoteliais do cérebro evitam que grandes moléculas como aquelas que compõem a maioria dos medicamentos penetrem o Sistema Nervoso Central (SNC). Por conseguinte, o número de antimicrobianos disponíveis para o tratamento das infecções do SNC fica limitado e requer, muitas vezes, um ajuste da dose para potenciar o seu efeito. Aqueles que conseguem ultrapassar a barreira, como os antibióticos betalactâmicos (penicilinas, cefalosporinas e carbapenemos), os quinolonas e o metronidazol, estão também frequentemente relacionados com efeitos tóxicos no SNC e podem causar encefalopatia ou estados de mal não convulsivo que se apresentam através de um estado mental alterado, especialmente em doentes de maior idade e/ou com compromisso da função renal (Uehara, 2019).

Face ao exposto, percebe-se então a importância de apostar na prevenção das IACS na pessoa em situação neurocrítica. A utilização de antibioterapia profilática, de acordo com Busl (2019), mesmo nesta população não demonstra benefício não sendo, por isso, geralmente recomendado. Desta forma, a utilização de *bundles*, através de cuidados estandardizados tem sido o pilar para a prevenção das IACS, nomeadamente das infecções associadas ao CV e ao Catéter Venoso Central (CVC), da PAV e de modo mais concreto na pessoa em situação neurocrítica, a infecção associada à cirurgia cerebral e decorrente da utilização de catéter de DVE (Busl, 2019; Uehara, 2019).

Posto isto, durante a prática clínica pude consultar e verificar que, congruente com a evidência científica, a UCIP tem instituído programas de controlo de infeção, seguindo a orientação da PPCIRA e coloca em prática *bundles* para a prevenção das IACS, nomeadamente daquelas decorrentes do CV, do CVC e da PAV como parte do Desafio da Fundação Calouste Gulbenkian “STOP Infecção Hospitalar”.

Após a consulta destes programas e dado que, todos aqueles a quem prestei cuidado estavam ventilados, possuíam CVC e CV, assim como quase todos tinham sido submetidos a uma cirurgia cerebral e tinham colocado um cateter de DVE, cumpri os procedimentos e circuitos estabelecidos para a prevenção e controlo da infeção, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas.

Transpondo a evidência científica aqui apresentada para a prática clínica, relato o caso de uma senhora de 70 anos, admitida na unidade por HSA por rotura de aneurisma, submetida a embolização e com necessidade de colocação de catéter de DVE e monitorização de PIC. Encontrava-se traqueostomizada, estando a ser difícil o seu desmame ventilatório. Possuía também CVC e CV. Assim, e no que concerne aos cuidados respeitantes à prevenção das IACS, coloquei em prática os *bundles* instituídos na unidade, que são também intervenções planeadas em plano de cuidados de enfermagem, registados e avaliados.

Ainda em relação à prevenção da PAV, constatei que, prevendo-se a necessidade de ventilação prolongada e o desmame ventilatório difícil perante a situação clínica geral da doente, a equipa médica optou pela traqueostomia precoce ao sétimo dia de internamento, indo ao encontro daquele defendido pelos autores Herritt et al. (2017) que refere que a traqueostomia precoce, entre os quatro e os dez dias após a instituição da VMI, está relacionado com a significativa redução do tempo de necessidade de ventilação e consequentemente do risco de pneumonia, melhoria da dor e redução de tempo internamento em UCI, o que incorre igualmente nos custos totais prováveis associados ao internamento em CI.

Tratando-se de uma pessoa em situação neurocrítica, submetida a cirurgia com colocação de DVE, apresentava-se mais suscetível à infeção. Congruente com o explanado anteriormente, à doente já tinha sido diagnosticada uma ventriculite associada ao catéter de DVE, após apresentar febres sustentadas, drenagem de conteúdo purulento no local de inserção do DVE e alteração nos marcadores infecciosos após colheita de LCR. De acordo com Busl (2019), as *guidelines* específicas para tratamento da ventriculite implica a remoção do catéter de DVE se possível, para além da utilização da vancomicina e um betalactâmico, como a cefalosporina ou um carbapenemo, que provam ser eficazes a vencer o potencial da barreira hematoencefálica. Assim, o cateter de DVE foi removido pela equipa de Neurocirurgia após se constatar que a doente já não apresentava hidrocefalia e foi medicada com a vancomicina e o meropenem após o resultado das culturas colhidas. Posto isto, as minhas intervenções foram no sentido de controlar a temperatura, que como aprofundado é fulcral na prevenção da lesão secundária na pessoa em situação neurocrítica, vigiar o antigo local de inserção do catéter de DVE realizando tratamento conforme necessidade assim como gerir a antibioterapia que implica também a colheita de sangue para doseamento da vancomicina.

Deste modo, ciente que as IACS representam um desafio nas pessoas em situação neurocrítica e que a redução da sua prevalência está fortemente dependente da sua prevenção, considero que todas as experiências ao longo da prática foram fulcrais para o desenvolvimento de competências nesta área, tendo em conta que o EEEMC deve constituir elemento de referência no seio da equipa em que se insere.

4. DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O desenvolvimento da profissão de enfermagem tem-se concretizado nas mais diversas áreas e níveis, o que me levou a evoluir e investir na formação. Como tal, frequentar o curso de MEMC proporcionou-me amplificar os meus conhecimentos teóricos e práticos na área de enfermagem à PSC, particularmente no que se refere à pessoa em situação neurocrítica, reconhecendo que estas pessoas necessitam de cuidados especializados, o que, por inerência, me levou ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ético deontológicas e humanas nestas áreas.

Em conformidade com o preconizado pela OE no Regulamento nº 140/2019, no Regulamento nº 429/2018 e no Decreto-Lei nº 65/2018, o grau de Mestre em EMC é atribuído aos enfermeiros que têm conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção e que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão numa determinada área de intervenção. Complementarmente, e de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, que regulamenta atualmente a Lei de Bases do Sistema Educativo, o grau de Mestre é conferido aos enfermeiros que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (p. 4162).

Neste sentido, todo o meu percurso, quer ao nível da componente teórica do curso, quer ao nível prático (estágios), foi fundamental para a aquisição de conhecimentos e de saberes teórico-práticos e processuais. Nesse sentido, de seguida passo a apresentar a análise e reflexão sobre o desenvolvimento das competências acima descritas.

Após este percurso, considero que os estágios se configuraram como a melhor forma de organizar as atividades práticas, desenvolvidas em ambiente profissional, tendo possibilitado aprender a executar técnicas, a desenvolver outras competências,

designadamente a relação interpessoal e de ajuda, um maior desenvolvimento de pensamento crítico, capacidade de avaliação e decisão nas mais variadas situações.

Ao longo do meu percurso procurei prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e pessoa em situação neurocrítica e sua família, tendo como base a evidência científica e uma visão holística de quem cuidava, tendo em conta que cada pessoa é um ser único com sentimentos, necessidades e medos próprios que diferem dos demais, mesmo quando existem patologias ou situações semelhantes. A prática reflexiva é de extrema importância no exercício profissional do enfermeiro e revela-se fundamental num contexto de formação como é o dos estágios dado que favorece o crescimento pessoal e profissional, bem como o desenvolvimento do pensamento crítico o que se traduz numa melhoria dos cuidados prestados.

A constante pesquisa e procura de conhecimento científico atual foi fundamental assim como a partilha de saberes com todos aqueles que me acompanharam neste percurso, quer a nível académico como no decorrer das práticas clínicas. Destaco a realização, apresentação e discussão dos variados trabalhos teóricos ao longo deste percurso assim como a elaboração de um cartaz (Apêndice A1) e um panfleto (Apêndice A2) com o tema “Evite o Ruído”, já aqui abordado, que me possibilitou a comunicação do conhecimento e as minhas conclusões sobre a temática à equipa, de forma simples e elucidativa, sensibilizando-os para este cuidado.

Como futura mestre e EEEMC, considero que a formação recebida se assumiu como uma parte relevante no cuidado integral à pessoa/família nos diversos contextos. Por tal, continuará a ser objeto de reflexão e aprendizagem contínuas. Assim, os conhecimentos alcançados com este curso possibilitaram-me prestar cuidados de enfermagem especializada à PSC/família e/ou em situação neurocrítica de uma forma segura e cada vez mais autónoma, o que está em consonância com a alínea e) e do explanado na Lei n.º 156/2016, o Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 88º, relativo à excelência do exercício, onde se preconiza que o enfermeiro possui o dever de preservar a atualização contínua dos seus conhecimentos e usar competentemente as tecnologias, numa perspetiva de formação permanente e aprofundada, com base em evidências científicas.

Assim, posso dizer que todas as aprendizagens se traduziram em experiências muito gratificantes com muitos momentos de oportunidades únicas para a aquisição de novos conhecimentos, pois, diariamente em qualquer um dos estágios, surgiam novas situações e dificuldades, que fizeram com que procurasse, pesquisasse e enriquecesse o meu nível de aprendizagens. Daí que se constata a importância dos estágios, sob a orientação de

profissionais experientes e capacitados para tal. Para isso foi necessário ter força de vontade, empenho e desejo de crescer, pois são todas estas experiências que irão ajudar a desenvolver competências na minha caminhada ao patamar de perita. Procurei desenvolver e participar em todas as atividades que ocorreram e que permitiram enriquecer os meus conhecimentos e desenvolver competências de mestre. Decorrente destes pressupostos, a prática reflexiva permitiu (re)formular, sempre numa tentativa de melhorar e recriar uma ação mais consciente e rigorosa, permitindo que melhorasse as práticas, visando a reconstrução de saberes, tão importantes para a prática futura como mestre e EEEMC. Desenvolvi uma prática profissional segura, responsável e profissional, estando consciente do âmbito e limite das intervenções.

Ao longo deste relatório, está narrado o percurso onde a capacidade e vontade de aprender esteve patente, com o intuito de construir um corpo de conhecimentos específico congruente com o grau de Mestre em Enfermagem, assim como os saberes inerentes ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEM no cuidado à PSC.

CONCLUSÃO

A realização da UC Relatório de Estágio configurou-se como um importante momento de aprendizagem neste curso de MEMC, com base na reflexão crítica das atividades desenvolvidas ao longo deste percurso, nomeadamente no estágio I - SU, no estágio II – UCIP e no estágio III – opção, UCIP, e que culminará com a sua defesa e discussão pública em vista à obtenção do grau de Mestre e o título de EEEMC.

O EEEMC é imprescindível na abordagem à PSC, e de forma particular à pessoa em situação neurocrítica dado que, é este que presta cuidados altamente qualificados e demonstra competências como a observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o intuito de conhecer a situação da pessoa e sua família alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta e eficiente.

Assim, é de relevante importância que o cuidado à pessoa em situação neurocrítica inclua a implementação de intervenções que potenciem um *outcome* neurológico positivo através de uma complexa e minuciosa abordagem que inclui medidas como a prevenção da HIC e a otimização da perfusão e oxigenação cerebral, procurando minorar lesões cerebrais.

O cuidar de pessoas que experienciam mudanças no seu processo de transição saúde/doença constitui foco da intervenção do enfermeiro. Porém, uma vez que estas mudanças podem ser de natureza diversa, a pessoa que experiencia processos complexos de doença crítica e, no caso da minha escolha, em situação neurocrítica, deve ser alvo de uma intervenção mais direcionada, potenciando a sua total recuperação. Deste modo, impõe-se que o EEEMC desenvolva competências específicas para lidar com os desafios que surjam, levando em conta todos os aspetos inerentes à pessoa e a sua família, que experiencia de igual forma mudanças no seu equilíbrio.

Deste modo, e considerando que, segundo Pires (2012), “a especialização em Enfermagem é um complemento para a construção da identidade de um enfermeiro; é um alargar de aprendizagem e um aprofundar de conhecimentos e competências numa área específica” (p.8), a realização deste relatório teve como objetivo espelhar este percurso de aquisição de competências nesta área, possibilitando, desta forma, a construção da minha identidade enquanto futura EEEMC.

Ao longo deste percurso e, considerando cada situação específica, saliento que prestei cuidados de enfermagem alicerçada nos referenciais da profissão, respeitando sempre a PSC e/ou em situação neurocrítica num todo único, bem como considerei a família como foco dos meus cuidados, sempre numa visão holística, numa relação empática e culturalmente congruente.

Neste seguimento, os estágios realizados contribuíram para que demonstrasse a minha capacidade de identificação de problemas, analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas em contexto de formação teórica e as competências a serem alcançadas e/ou desenvolvidas ao longo do percurso, com recurso a uma metodologia reflexiva, o que se assumiu indiscutivelmente como um contributo para o processo de autoaprendizagem, desenvolvimento pessoal e desempenho profissional.

O presente documento reflete o processo pessoal e único da aprendizagem desenvolvida ao longo deste percurso, onde tive um papel ativo, fui responsável pela construção da minha própria aprendizagem, demonstrando o caminho para saber, saber-fazer e saber-ser, através da pesquisa e reflexão constante. Revelou, desta forma, ser uma ferramenta imprescindível neste processo.

Porém, este percurso não esteve isento de desafios. A pandemia causada pelo SARS-CoV-19 incorreu no adiamento das práticas curriculares assim como na impossibilidade de implementar o meu PAF numa unidade específica de cuidados neurocríticos. Para além disso, tornou ainda mais difícil a gestão de tempo face aos constrangimentos causados pela conciliação da academia com a exigente vida profissional dada a necessidade de realização de turnos em horário extraordinário. Por fim, a fase final de elaboração deste relatório foi coincidente com outro grande desafio a nível pessoal, o de ser mãe pela primeira vez. No entanto, todas estas vicissitudes foram superadas graças à minha capacidade de resiliência e pela minha motivação pessoal com que sempre pautei a minha conduta.

A enfermagem impõe uma constante atualização de saberes e cabe ao enfermeiro procurar mais e melhor formação que promovam o desenvolvimento das suas competências, fundamentando a sua ação de forma científica, para que a sua prática seja considerada de excelência e, assim, se traduzir na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Sendo assim, a formação em enfermagem não termina com a finalização deste Curso de Mestrado, é contínua pois a necessidade de constante atualização subsiste ao longo de toda a vida profissional. Deste modo, pretendo continuar o meu percurso formativo

futuramente através da realização de uma pós-graduação na área do extra-hospitalar e dos CI bem como de outros cursos que contribuam para a prestação de cuidados de excelência.

Em suma, dado que o construto de competências atinge o seu ímpeto na salvaguarda da prestação de cuidados de qualidade, éticos e justos, acredito que atingi os objetivos a que me propus neste curso de mestrado, tendo cuidado da PSC e mais especificamente, da pessoa em situação neurocrítica e sua família, de forma segura e equitativa, demonstrando o percurso realizado para a aquisição das almejadas competências de EEEMC e para a obtenção do grau de mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Thobaity, A., Alamri, S., Plummer, V., & Williams, B. (2019). Exploring the necessary disaster plan components in Saudi Arabian hospitals. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 41. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2019.101316>.
- Alsharari, A. F. (2019). The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient preference and adherence*, 13, 465–473. <https://doi.org/10.2147/PPA.S197769>.
- Alves, C. E. G. (2012). *O impacto do ruído na qualidade de vida dos enfermeiros de cuidados intensivos* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa). Instituto Politécnico de Lisboa. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2665/1/O%20impacto%20do%20ru%C3%ADdo%20na%20qualidade%20de%20vida%20dos%20enfermeiros.pdf>.
- Alves, T. M. C. (2015). *A pessoa em situação crítica em contexto de urgência, dos cuidados de enfermagem prestados aos cuidados de enfermagem documentados*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1342/1/Teresa_Alves.pdf.
- Baião, J. M. M. (2017). *Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em Unidade de Cuidados Intensivos* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2654/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Grau%20Mestre%20-%20Necessidades%20de%20Familiares.pdf>.
- Barreto, M. L. C. B. (2018). *Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: boas práticas dos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny). Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24074/1/Relat%c3%b3rio%20Final%20Lic%c3%adnia%20Barreto.pdf>.

- Beez, T., Munoz-Bendix, C., Steiger, H., & Beseoglu, K. (2019). Decompressive craniectomy for acute ischemic stroke. *Critical Care*, 23(1), 209–224. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2490-x>.
- Begonha, S. M. M. P. (2016). *Abdómen Agudo – Estratégias de Diagnóstico*. (Monografia de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/83668/2/130433.pdf>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Boling, B. & Groves, T. R. (2019). Management of Subarachnoid Hemorrhage. *Critical Care Nurse*, 39(5), 58–67. <https://doi.org/10.4037/ccn2019882>.
- Borges, D. R. O. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Instituto Politécnico de Lisboa. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf.
- Braganza, M. A., Glossop, A. J., & Vora, V. (2017). Treatment withdrawal and end-of-life care in the intensive care unit. *BJA Education*, 17(12), 396–400. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkx031>.
- Busl, K. M. (2019). Healthcare-associated infections in the neurocritical care unit. *Current Neurology and Neuroscience Report*, 19(76). <https://doi.org/10.1007/s11910-019-0987-y>.
- Carreira, S. M. T. (2018). *Capacitação dos cuidadores informais de pessoas vítimas de traumatismo crânio encefálico: Intervenção dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/57306/1/Sandra+Carreira+disserta%C3%A7%C3%A3o+final.pdf>.
- Carvalho, L. A. P. (2016). *O cuidado especializado de enfermagem na gestão do ambiente da pessoa com hipertensão intracraniana em UCI* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17349>.

- Casimiro, S. M. S. (2015). *Padrões de qualidade na administração e gestão em enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10728/1/RE%20MDCSE%20SC%20V7.pdf>.
- Castro, C. M. C. S. P. (2019). *Segurança do doente crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde no serviço de urgência geral*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.26/29194>.
- Cook, D. & Rocker, G. (2014). Dying with dignity in the intensive care unit. *New England Journal of Medicine*, 370(26), 2506–2514. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1208795>.
- Cook, M. A., Jones, G. M., Hawryluk, G. W. J., Mailloux, P., McLaughlin, D., Papangelou, A., Samuel, S., Tokumaru, S., Venkatasubramanian, C., Zacko, C., Zimmermann, L. L., Hirsch, K., & Shutter, L. (2020). Guidelines for the acute treatment of cerebral edema in neurocritical care patients. *Neurocritical Care*, 32(3), 647-666. <https://doi.org/10.1007/s12028-020-00959-7>.
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências dos enfermeiros em UCI*. (Dissertação de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa da Universidade de Lisboa). Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf.
- Cunha, D., Ribeiro, A., & Pereira, F. (2020). Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: Uma revisão sistemática. *Revista ROL Enfermagem* 2020, 43(1), 59-68. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31334/1/59-68.pdf>.
- Dash, H. H., & Chavali, S. (2018). Management of traumatic brain injury patients. *Korean Journal of Anesthesiology*, 71(1), 12-21. <https://doi/10.4097/kjae.2018.71.1.12>.
- Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República** Série I-A. 205 (04-09-1996) 2959-2962. [Consult. 28 out. 2020]. Disponível em WWW: < <https://dre.pt/application/conteudo/241640>>.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** Série I. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 28 mar. 2022]. Disponível em WWW: < <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>>.

Decreto Legislativo Regional n.º 17/2009/M. **Diário da República** Série I. 124 (30-06-2009) 4227-4232. [Consult. 28 nov. 2020]. Disponível em WWW: <https://www.procivmadeira.pt/images/legisla%C3%A7%C3%A3o/Decreto_Regional_17_2009_M.pdf>.

Despacho n.º 10319/2014. **Diário de República** Série II. 153 (11-08-214) 20673-20678. [Consul. 29 out. 2020]. Disponível em WWW:<<https://dre.pt/application/conteudo/55606457>>.

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** Série II. 102 (27-05-2015) 13551-13553. [Consul. 22 abr. 2021]. Disponível em WWW:<<https://dre.pt/application/conteudo/67324029>>.

Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República** Série II. 187 (24-09-2021) 93-103. [Consul. 23 out. 2021]. Disponível em WWW:<<https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>>.

Dias, M. S. O. (2019). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde no serviço de urgência*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.26/28685>.

Direção-Geral de Saúde. (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.

Direção-Geral da Saúde. **Norma n.º 09/DGCG de 14/06/2003: A Dor como 5º sinal vital, Registo sistemático da intensidade da Dor**. 2003. Acessível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. **Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado**. 2010. Acessível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx>.

- Direção-Geral da Saúde. **Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)**. 2012. Acessível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Portugal: doenças cérebro-cardiovasculares em números – 201*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-20152.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. **Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde**. 2017. Acessível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-882061-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianas*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: Medicina intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/08/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-da-RNMI-Aprovado-MS.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Atualização da rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: Medicina intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/08/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-da-RNMI-Aprovado-MS.pdf>.

content/uploads/2020/08/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-da-RNMI-Aprovado-MS.pdf.

- Divatia J. V. (2020). End-of-life care in the intensive care unit: Better late than never?. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(6), 375–377. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23496>.
- Fernandes, M. I., & Moreira, I. M. (2013). Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. *Nursing Ethics*, 20(1), 72–82. <https://doi.org/10.1177/0969733012452683>.
- Fried, H. I., Nathan, B. R., Rowe, A. S., Zabramski, J. M., Andaluz, N., Bhimraj, A., Guanci, M. M., Seder, D. B., & Singh, J. M. (2016). The Insertion and Management of External Ventricular Drains: An Evidence-Based Consensus Statement. *Neurocritical Care*, 24(1), 61–81. <https://doi.org/10.1007/s12028-015-0224-8>.
- Funchal, B. F., Alves, M. M., Suriano, Í. C., Chaddad-Neto, F. E., Ferraz, M. E. M. R., & Silva, G. S. (2018). Intracranial pressure following decompressive hemicraniectomy for malignant cerebral infarction: clinical and treatment correlations. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 76(12), 812–815. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20180132>.
- Gates, P. C. (2015). Resolution of idiopathic intracranial hypertension after sustained lowering of cerebrospinal fluid pressure. *World Journal of Neurology*, 5(1), 47-51. <https://doi.org/10.5316/wjn.v5.i1.47>.
- Ghazy, H. S. A. W., El-sayed, R. I., Khareba, W. M. I., & Diasty, N. G. (2021). Effectiveness of internship program as perceived by intern nurses and its relation to their professional role at technical nursing institutes. *Port Said Scientific Journal of Nursing*, 8(1), 255-274. https://pssjn.journals.ekb.eg/article_178003_c6c9384aa48ac50be2060a282f8d0e85.pdf.
- Gomes, B. M. (2020). *Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33195>.

- Gusdon, A. M., Nyquist, P. A., & Nelson, S. E. (2020). Management of elevated intracranial pressure. In S. E. Nelson & P. A. Nyquist (Eds.). *Neurointensive Care Unit, Clinical Practice and Organization* (pp. 3-20). Humana Press.
- Haddad, S. H. & Arabi, Y. M. (2012). Critical care management of severe traumatic brain injury in adults. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20(12), 2-15. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-20-12>.
- Herritt, B., Chaudhuri, D., Thavorn, K., Kubelik, D. & Kyeremanteng, K. (2017). Early vs. late tracheostomy in intensive care settings: Impact on ICU and hospital costs. *Journal of Critical Care*, 44, 285-288. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.11.037>.
- Hirsch, N., Taylor, C., & Smith, M. (2015). Neurocritical care. In Gómez, C. M. H. (Ed.). *Clinical Intensive Care Medicine* (pp. 491-518). Imperial College Press.
- Humphrey, E. (2018). Caring for neurosurgical patients with external ventricular drains. *Nursing Times*, 114(4), 52-56. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/neurology/caring-for-neurosurgical-patients-with-external-ventricular-drains-26-03-2018/>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situações de exceção: Manual tas*. Portugal: Author.
- Kisorio, L. C., & Langley, G. C. (2016). End-of-life care in intensive care unit: Family experiences. *Intensive & critical care nursing*, 35, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.003>.
- Kramer, A. H., & Zygun, D. A. (2011). Do neurocritical care units save lives? measuring the impact of specialized ICUs. *Neurocritical Care*, 14(3), 329-333. <https://doi.org/10.1007/s12028-011-9530-y>.
- Kramer, A.H., & Couillard, P. (2020). Neurocritical care: A growing international collaborative. *Neurocritical Care*, 32, 80–83. <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00858-6>
- Lavallée, J. F., Gray, T. A., Dumville, J., Russell, W., & Cullum, N. (2017). The effects of care bundles on patient outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Implementation Science*, 12(1), 142–154. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0670-0>.

- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Artmed.
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República** Série I. 181 (16-09-2015) 8059-8105. [Consul. 15 abr. 2021]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/70309896>>.
- Lei n.º 80/2015. **Diário da República** Série I. 149 (03-08-2015) 5311-5326. [Consul. 30 dez. 2020]. Disponível em WWW: <<https://data.dre.pt/application/file/a/69927807>>.
- Lopes, A. C. G. (2018). *Necessidades da família da pessoa em situação crítica: a relação terapêutica como intervenção especializada do enfermeiro* (Relatório de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27943/1/Relat%C3%B3rioEst%C3%A1gio_AnaClaraLopes_77.pdf.
- Lopes, P. S. (2021). *Relatório final: Cuidar à pessoa em situação crítica: Desenvolvimento de competências em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica* (Relatório de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). Instituto Politécnico de Leiria.
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/6482/1/RELATORIO%20FINAL%20-%20CUIDAR%20DA%20PESSOA%20EM%20SITUA%C3%87%C3%83O%20CRITICA.pdf>.
- Manilha, R., Santiago, B., & Cunha e Sá, M. (2015). Traumatismo cranioencefálico e vertebromedular. In Ponce, P. & Mendes, J. J. (Coord.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 39-54). Lidel.
- Manita, M. (2015). Neuromonitorização. In Ponce, P. & Mendes, J. J. (Coord.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 55-60). Lidel.
- Marques, A. S. S. S. P. (2013). *Confortar em enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Universidade Católica Portuguesa.
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17718/1/Relat%C3%B3rio%20Confortar%20em%20Enfermagem.pdf>.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

- Mendes, J. L. L. (2018). *Pessoa em situação crítica com acidente vascular cerebral: Uniformizar procedimentos em enfermagem no serviço de urgência* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco). Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23418/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Enfermagem%20M%C3%A9dico-cir%C3%BArgica%2C%20a%20Pessoa%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20Cr%C3%ADtica%20-%20Jo%C3%A3o%20Lu%C3%ADs%20Lopes%20Mendes%20-%20Pessoa%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20cr%C3%ADtica%20com%20acidente%20vascular%20cerebral...%20%20.pdf>.
- Mendonça, S. M. F. G. (2017). *Desenvolvendo competências especializadas no cuidado ao doente crítico: a transversalidade do controlo da infeção* (Relatório de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny). Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25037/1/Relat%C3%B3rio%20%20Final%20de%20Mestrado%20-%20S%C3%B3nia%20Gon%C3%A7alves%20%281%29.pdf>.
- Mineiro, T. R. R. (2016). *A promoção do conforto da pessoa em situação crítica: A intervenção especializada do enfermeiro no controlo do ruído* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://core.ac.uk/download/pdf/75985104.pdf>.
- Modrykamien, A. M. (2019). Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients. *Journal of Baylor Scott & White Health*, 32(4), 534-537. <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1635413>.
- Moheet, A. M., Livesay, S. L., Abdelhak, T., Bleck, T. P., Human, T., Karanjia, N., Lamer-Rosn, A., Medow, J., Nyquist, P. A., Rosengart, A., Smith, W., Torbey, M. T., & Chang, C. W. J. (2018). Standards for Neurological Care Units: A Statement for Healthcare Professionals from The Neurocritical Care Society. *Neurocritical care*, 29(2), 145-160. <https://doi.org/10.1007/s12028-018-0601-1>.
- Moon, J. Y. & Kim, J. (2015). Ethics in the intensive care unit. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 78(3), 175-179. <https://doi.org/10.4046/trd.2015.78.3.175>.

- Morais, C. M. F. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: Uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24204&code=68>.
- Moreira, A. F. R. (2017). *Um cuidar especializado e transcultural do doente crítico*. (Relatório de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22927/1/Relat%C3%B3rio%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20M%C3%A9dico-Cir%C3%BArgica%20-%20Andreia%20Moreira.pdf>.
- Nordness, M. F., Hayhurst, C. J., & Pandharipande, P. (2021). Current perspectives on the assessment and management of pain in the intensive care unit. *Journal of Pain Research*, 14, 1733-1744. <https://doi.org/10.2147/JPR.S256406>.
- O'Horo, J. C. & Sampathkumar, P. (2017). Infections in Neurocritical Care. *Neurocritical Care*, 27(3), 458-467. <https://doi.org/10.1007/s12028-017-0420-9>.
- Okazaki, T. & Kuroda, Y. (2018). Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: intensive care for improving neurological outcome. *Journal of Intensive Care*, 6(1), 28–35. <https://doi.org/10.1186/s40560-018-0297-5>.
- Oliveira, A. S. S. & Martins, J. C. A. (2013). Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Significado das Experiências. *Referência Revista de Enfermagem*, (9), 115-124. <https://doi.org/10.12707/RIII1287>.
- Oliveira, A., Freitas, R., Pereira, J., Fernandes, S., Fonseca, P., & Gouveia, B. (2017). A unidade de doenças cérebro vasculares da madeira: um estudo de caracterização dos utentes admitidos entre 2009 e 2015. In XI Congresso Português do AVC, Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enunciado de Posição 01/07: Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento concetual enunciados descritivos*. Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 10/2017: Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer n.º 114/2021: Avaliação sistemática da dor*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23617/parecer-n%C2%BA-114_avalia%C3%A7%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-da-dor.pdf.
- Pande, S. D., Win, M. M., Khine, A. A., Zaw, E. M., Manoharraj, N., Lolong, L., & Tin, A. S. (2020). Haemorrhagic transformation following ischaemic stroke: A retrospective study. *Scientific Reports*, 10(1), 5319–5327. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-62230-5>.
- Parreira, S. T., Ribeiro, G., Coelho, J. & Borges, L. (2020). Cuidados de enfermagem em tempos de pandemia: Uma realidade hospitalar. *Gazeta Médica*, 7(2), 165-170. <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/335>.
- Patel, J., Baldwin, Bunting, P. & Laha, S. (2014). The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*, 69(6), 540–549. <https://doi.org/10.1111/anae.12638>
- Pereira, S. B. (2018). *O transporte inter-hospitalar do doente crítico: documentação e continuidade de cuidados* (Relatório de mestrado, Escola Superior de Enfermagem). Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/56156>.

- Pereira, N. R. & Andrade, P. A. (2020). A prevenção e controlo de infeção: um esforço conjunto. *Gazeta Médica*, 7(2). Disponível em <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/361/214>.
- Petzold, A. & Girbes, A. (2013). Pain management in neurocritical care. *neurocritical care*, 19(2), 232–256. <https://doi.org/10.1007/s12028-013-9851-0>
- Pires, S. I. P. (2012). *Relatório de Estágio*. (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10895/1/Relat%c3%b3rio%20S%c3%b3nia%20Pequito.pdf>.
- Pires, S. A. R. (2016). *Exposição ocupacional ao ruído em unidades de cuidados intensivos numa unidade hospitalar da grande Lisboa* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/12879/1/Tese%20Mestrado%20Sofia%20Pires%20-%20Vers%C3%A3o%20Final.pdf>
- Pishgooie, A. H., Barkhordari-Sharifabad, M., Atashzadeh-Shoorideh, F., & Falcó-Pegueroles, A. (2019). Ethical conflict among nurses working in the intensive care units. *Nursing ethics*, 26(7-8), 2225–2238. <https://doi.org/10.1177/0969733018796686>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Regulamento n.º 79/2015. **Diário da República**. Série II (23-04-2015) 10087-10090. [Consul. 20 nov. 2020]. Disponível em WWW: < <https://dre.pt/application/conteudo/67058782> >.
- Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República** Série II. 123 (26-6-2015) 17240-17243. [Consul. 20 nov. 2020]. Disponível em WWW: < <https://dre.pt/application/conteudo/67613096> >

- Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** Série II. 135 (16-07-2018) 19359-19370. [Consul. 15 nov. 2020]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>>.
- Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** Série II. 26 (06-02-2019) 4744-4750. [Consul. 27 nov. 2020]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/file/a/119189160>>.
- Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** Série II. 184 (25-09-2019) 128-155 [Consul. 23 dez. 2020]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>>.
- Regulamento n.º 613/2022. **Diário da República** Série II. 131 (08-07-2022) 179-182. [Consul. 27 ago. 2021]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>>.
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. **Diário da República** Série I-A. 2 (03-01-2001) 14-36. [Consul. 15 dez. 2020]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/235128>>.
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, (14), 89-100. <http://www.index-f.com/referencia/2017/r414089.php>.
- Ribeiro, S. (2012). *Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar quinta da prata* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre). Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8448/1/ESSTFC468.pdf>.
- Rincon, F. & Mayer, S. A. (2007). Neurocritical care: A distinct discipline?. *Current Opinion in Critical Care*, 13(2), 15-121. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32808255c6>.
- Rincon, F. (2019). Ethical considerations in the neurocritical care unit. In M. Torbey (Ed.). *Neurocritical care* (pp. 314-323). Cambridge University Press.
- Robalo, R. (2016). *Cuidados de enfermagem à pessoa em situação neurocrítica, potencial dadora de órgãos/tecidos* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Instituto Politécnico de Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14348/1/relatorio%20final.pdf>.

- Robba, C. (2018). Intracranial pressure monitoring. In H. Prabhakar (Ed.). *Neuromonitoring techniques: Quick guide for clinicians and residents* (pp. 1-29). Elsevier.
- Rocheta, J. F. P. (2018). *Indicadores de qualidade em unidade de cuidados intensivos* (Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/68138/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Rocheta.pdf>.
- Rosa, I., Pais, D. & Guimarães Consciência, J. (2016). Os princípios da bioética aplicados em urgência hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 18-23. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf.
- Rosário, E. M. O. C. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos* (Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta). Universidade Aberta. <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF%20Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Mestrado%20Com.pdf>
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf.
- Salem, A., & Ahmad, M. M. (2018). Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 0(0), 1-17. <https://doi.org/10.1177/1744987118785987>.
- Sauvigny, T., Götsche, J., Czorlich, P., Vettorazzi, E., Westphal, M., & Regelsberger, J. (2017). Intracranial pressure in patients undergoing decompressive craniectomy: new perspective on thresholds. *Journal of Neurosurgery*, 128(3), 819-827. <https://doi.org/10.3171/2016.11.JNS162263>.
- Scott, P., Thomson, P., & Shepherd, A. (2019). Families of patients in ICU: A scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing open*, 6(3), 698–712. <https://doi.org/10.1002/nop2.287>
- Sendelbach, S. & Funk, M. (2013). Alarm fatigue: A patient safety concern. *AACN Advanced Critical Care*, 24(4), 378–386. <https://doi.org/10.1097/nci.0b013e3182a903f9>.

- Serviço de Regional de Proteção Civil. *Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira*. <http://planos.prociv.pt/Documents/130862675809273113.pdf>.
- Shaikh, N., Tahseen, S., Zeesan Ul Haq, Q., Al-Ameri, G., Ganaw, A., Chanda, A., Labathkhan, M. Z., & Kazi, T. (2018). Acute Pain Management in Intensive Care Patients: Facts and Figures. In Shalik, N. A. (Ed). *Pain Management in Special Circumstances*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.78708>.
- Silva, A. M. F. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22110/3/tese%202.pdf>.
- Silva, M. A. O. C. (2012). *Pessoa em situação crítica: Foco de cuidados do enfermeiro especialista*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16296/1/PESSOA%20EM%20SITUA%C3%87%C3%83O%20CR%C3%8DTICA%20%E2%80%93%20FOCO%20DE%20CUIDADOS%20DO%20ENFEERMEIRO%20ESPECIALISTA.pdf>.
- Silva, M. (2013). *Avaliação da dor em cuidados intensivos* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Escola Superior de Saúde. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5455/1/Relat%C3%B3rio%20Mestrado%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Dor%20em%20Cuidados%20intensivos.pdf>
- Silva, A. S. L. (2019). *Acolhimento à família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: Intervenção especializada de enfermagem* (Relatório de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29983/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio_Ana%20Lusqui%c3%b1os.pdf.
- Simões, J. F. F. L. (2020). *Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva* (Relatório de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/22672>.

- Smith, D. & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32(14), 51-63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11030>.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2016). *Plano nacional de avaliação da dor: Resultados*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Sousa, E. M. L. J. (2019). *Cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de catástrofe/emergência multivítimas: uma abordagem integrada* (Relatório de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny). Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34059/1/Relat%c3%b3rio_Elsa%20Jardim%20Sousa.pdf
- Stephen, H.A., Hernandez, M. A. F., & Donna, W. (2020). Employment and retention of nurses who completed an internship and residency program. *Continuing Education in Nursing*, 51(11):504–508. <https://doi.org/10.3928/00220124-20201014-06>
- Sykora, M., Schönenberger, S., & Bösel, J. (2016). Critical care of the patient with acute stroke. In M. Sykora (Ed.). *Stroke* (pp. 885–915.e9). <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-29544-4.00054-2>.
- Teixeira, J. M. F., & Durão, M. C. (2016) Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 15-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>.
- Tsaousi, G. & Bilotta, F. (2015). Do a neurocritical care unit requires dedicated nurse staff?. *Journal of Nursing and Care*, 5(1), 1-2. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1168.1000e128>.
- Uehara, Y. (2019). Infection control for neurocritical care. In K. Kinoshita (Ed.). *Neurocritical Care*. (pp. 31-44). Springer.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção* (5ª ed.). Lusodidacta.
- Vituri, D. & Évora, Y. (2015). Gestão da qualidade total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 945-952. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680525i>.

- Wijdicks, E. F. M. (2017). The history of neurocritical care. In Wijdicks, E. F. M. & Kramer, A. H. (Eds.). *Handbook of clinical neurology -critical care neurology: Part I* (Vol. 140, 3ª ed.) (pp. 3-14). Elsevier.
- Xyrichis, A., Fletcher, S., Brearley, S., Philippou, J., Purssell, E., Terblanche, M., Rafferty, A. M., & Reeves, S. (2019). Interventions to promote patients and families' involvement in adult intensive care settings: A protocol for a mixed-method systematic review. *Systematic Reviews*, 8(1), 185–191. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1102-9>.

APÊNDICES

APÊNDICE A1 – CARTAZ “EVITE O RUÍDO”



EVITE O RUÍDO

"Barulho desnecessário é a mais cruel falta de cuidado que pode ser infligida tanto a doentes como a pessoas saudáveis"

Florence Nightingale (1854)



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

APÊNDICE A2 –PANFLETO “EVITE O RUÍDO”



Que pode fazer?

Eis algumas ideias...

- Prestar atenção a fontes de ruído na UCI (fechar de portas, gavetas, baldes do lixo; rádio ..)
- Diminuir o volume dos equipamentos, incluindo telefones, especialmente durante o período noturno (23h às 07h);
- Ajustar alarmes dos equipamentos, individualizando a cada doente;
- Evitar conversas junto à cama do doente (com exceção do necessário para a sua situação clínica)
- Pausar alarmes antes de procedimentos (Colheita de sangue pela GSA, aspiração de secreções);
- Antecipar troca de medicação controlada por máquina infusora.

O ruído não é inócuo e reduzi-lo depende de todos!

“Barulho desnecessário é a mais cruel falta de cuidado que pode ser infligida tanto a doentes como a pessoas saudáveis”

Florence Nightingale (1854)



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Elaborado por Natalie Olim – Aluna do 4º
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-
Cirúrgica



**EVITE O
RUÍDO**

O Que é o Ruído?

O ruído é definido com um som desagradável ou indesejável para o ser humano que invade o nosso ambiente e pode ameaçar a nossa saúde, produtividade, conforto e bem-estar, passível de medição, em decibéis (dB) através de um sonómetro.

A nível hospitalar o ruído de fundo, segundo as *guidelines* da Organização Mundial da Saúde, não deveria exceder os 30 dB e que os picos deveriam ser inferiores a 40 dB, sendo que nos quartos dos doentes (uma vez que se encontram menos capacitados para lidar com o stress) não deverá exceder os 35 dB.



Qual o impacto do Ruído?

Para os **doentes**, níveis elevados de ruído levam ao aumento da secreção da adrenalina e noradrenalina (por estimulação do eixo hipotálamo - pituitária - adrenalina) e consequente vasoconstrição periférica com aumento da tensão arterial e da frequência cardíaca.

Sendo perturbadora do sono, a prevalência do ruído contribui também para o aumento da incidência do *delirium* nas UCI. Para além disto, pode também provocar alterações ao nível da memória, aumentar a agitação e diminuir a tolerância à dor.

E nos profissionais de saúde?

A presença constante de ruído pode ocasionar perda da capacidade de concentração, diminuição da produtividade, interferência com a capacidade de ouvir os alarmes – “Fadiga dos Alarmes”, *stress* e insónias, aumentando a probabilidade de ocorrência de erros.



Algumas fontes de ruído na UCI:

- Alarme de ventilador: 70 dB;
- Alarme “vermelho” /emergente de monitor: 65 dB;
- Alarme “amarelo/ urgente de monitor: 50 dB;
- Alarme de bomba infusora: 68 dB;
- Campanha da porta de entrada: 55 dB;
- Conversa entre profissionais (a cerca de 2 metros da unidade do cliente): 60 dB.

(Nota: Valores medidos numa UCI em Portugal Continental por Mineiro (2016))