



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Cuidado Especializado de Enfermagem na Pessoa com Monitorização da Pressão Intracraniana

Nádia Raquel Salgado Pereira da Costa

Orientação: Professor Doutor Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Médico-Cirúrgica, A pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Cuidado Especializado de Enfermagem na Pessoa com Monitorização da Pressão Intracraniana

Nádia Raquel Salgado Pereira da Costa

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Médico-Cirúrgica, A pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Júri das Provas Publicas:

Presidente de Júri: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

Arguente: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Orientador: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Setúbal, 2023



Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

(Fernando Teixeira de Andrade)

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Politécnico de Setúbal e a todos os profissionais envolvidos, pela dedicação demonstrada e pelo ambiente acolhedor proporcionado.

Ao meu orientador, **Professor Doutor Adriano Pedro**, o meu mais sincero agradecimento, pela disponibilidade, incentivo, apoio e confiança demonstrada, e pela calma que sempre transpareceu.

Aos **Enfermeiros Supervisores Clínicos**, pelas suas orientações, reflexões, partilhas e conhecimentos que, possibilitaram inestimáveis momentos de aprendizagem.

À **equipa do SUP**, pelo acolhimento e partilha de experiências durante o estágio.

À **equipa da UCI**, pelo acolhimento e partilha de experiências durante o estágio e, pela colaboração neste projeto, tornando possível a sua realização.

Aos meus **colegas de trabalho**, pela sua total compreensão e apoio. Foram um grande pilar nos momentos mais difíceis.

Ao **Enfermeiro Gestor** do serviço onde exerço funções, pela motivação, apoio e “ombro amigo”.

Aos amigos, **Pedro, Liliana, Eduarda e Mariana**, pela paciência, suporte e apoio.

À minha querida **Avó Dade**, por tudo o que sempre nos deu, sem nunca esperar algo em troca.

À **minha mãe**, ao **meu pai** e ao **meu irmão**, pelo apoio incondicional, incentivo, compreensão e carinho, que ampararam esta minha caminhada.

Ao meu **marido** e à minha **filha**, pela compreensão das ausências, pelo apoio incondicional, paciência e por nunca me terem deixado desistir.

Um Muito Obrigada, a cada um de vós.

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

A aquisição e o desenvolvimento de competências que validem a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e do grau de Mestre em Enfermagem requer a aplicação dos saberes adquiridos, pelo que, o relatório que se segue procura refletir as competências e as aprendizagens desenvolvidas no decorrer do Estágio 1 e do Estágio Final, em contexto de Serviço de Urgência Geral e em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos respetivamente.

Neste relatório é descrito o Projeto de Intervenção Profissional desenvolvido durante o Estágio Final, através da metodologia de trabalho de projeto, que resultou na criação de uma norma de orientação clínica para a intervenção de enfermagem à pessoa com monitorização da pressão intracraniana, promovendo uma abordagem padronizada e estruturada e sistematizando as intervenções autónomas de enfermagem no cuidado à pessoa com monitorização da pressão intracraniana.

A Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos e os conceitos metaparadigmáticos da Ordem dos Enfermeiros foram a referência para a elaboração do Projeto de Intervenção Profissional e deste relatório.

O relatório termina com uma análise crítica e reflexiva acerca do desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem, bem como das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Intervenções de enfermagem; Monitorização da Pressão Intracraniana.

ABSTRACT

Specialized Nursing Care in the Person with Intracranial Pressure Monitorin

This report arises within the scope of the 6th Master's Degree in Nursing in specialized area of Medical-Surgical Nursing – The person in critical situation.

The acquisition and development of skills that validate the title of Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, in the area of nursing for people in critical situation, and the master's degree in nursing requires the application of acquired expertise. Therefore, the following report seeks to reflect the knowledge and competencies attained during Internship 1 and the Final Internship, in the context of the General Emergency Unit and the Intensive Care Unit respectively.

This report describes the Professional Intervention Project developed during the Final Internship, through the project work methodology, which resulted in the creation of a clinical guideline for nursing intervention in patients with intracranial pressure monitoring, promoting a standardized and structured approach and systematizing autonomous nursing interventions in the care of a patient with intracranial pressure monitoring.

The Theory of Clinical Wisdom in Acute and Critical Care and the nursing metaparadigms of the portuguese nurses union - Ordem dos Enfermeiros - were the references for the formulation of the Professional Intervention Project and this report.

The report ends with a critical reflection on the development of competencies of a Masters in Nursing, as well as the common and the specific skills of a Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of nursing for people in critical situation.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Nursing interventions; Intracranial Pressure Monitoring.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPS – Behavioral Pain Scale

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

HIC – Hipertensão Intracraniana

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PIC – Pressão Intracraniana

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros

SARS – CoV 2 - *Severe Respiratory Acute Syndrome – coronavirus 2*

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UE – Universidade de Évora

WHO - *World Health Organization*

Hg - Mercúrio

h - Horas

ml – mililitros

mm – milímetros

p. – página

pp. - página



O Cuidado Especializado de Enfermagem na Pessoa com Monitorização da Pressão Intracraniana

s/d – Sem data

s/p – Sem página

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	12
1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	15
1.1 CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO 1: SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE - SUP.	15
1.1.1 Estrutura, recursos físicos e materiais	16
1.1.2 Recursos humanos	17
1.2 CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO FINAL: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - UCI	18
1.2.1 Estrutura, recursos físicos e materiais	19
1.2.2 Recursos humanos	20
1.3 ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	21
2. A PESSOA COM AUMENTO DA PRESSÃO INTRACRANIANA	24
2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	24
2.2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	28
2.3 PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	32
2.3.1 Diagnóstico de Situação	33
2.3.2 Definição de objetivos	37
2.3.3 Planeamento e Execução	37
2.3.4 Avaliação	42
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	45
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	46
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	57
CONCLUSÃO	66
BIBLIOGRAFIA	68

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Diagnóstico de Situação	76
APÊNDICE 2 – Resultados do Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Diagnóstico de Situação	80
APÊNDICE 3 – Cronograma de atividades do Projeto de Intervenção Profissional	85
APÊNDICE 4 – <i>Scoping review</i> – “O Cuidado Especializado de Enfermagem na Pessoa com Monitorização da Pressão Intracraniana”	87
APÊNDICE 5 – Norma – “Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da Pressão Intracraniana”	90
APÊNDICE 6 – Questionário de Avaliação da Sessão Formativa	101
APÊNDICE 7 – <i>Scoping review</i> – “A implementação do Feixe de Intervenções na diminuição da infecção do local cirúrgico”	103
APÊNDICE 8 – “Plano de Evacuação da Unidade de Cuidados Intensivos”	110

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado de participação no IV Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: velhos desafios e novas oportunidades”	117
ANEXO 2 – Certificado do Curso “<i>Basic Life Support</i>”	119
ANEXO 3 – Certificado do Curso “<i>Advanced Life Support</i>”	121
ANEXO 4 – Certificado do Curso “<i>International Trauma Life Support</i>”	123

ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABELAS, QUADROS E FIGURAS

GRÁFICO 1 – Género dos participantes	34
GRÁFICO 2 – Idade dos participantes	34
GRÁFICO 3 – Anos de experiência profissional dos interrogados	35
GRÁFICO 4 – Sensação de segurança dos interrogados, na prestação de cuidados à pessoa com monitorização da PIC	35
GRÁFICO 5 – Opinião dos interrogados sobre a pertinência de uma norma de orientação clínica	36
TABELA 1 – Resumo da apreciação da sessão formativa	44
QUADRO 1 – Análise SWOT	36
FIGURA 1 – Fluxograma utilizado para seleção de estudos	40

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Relatório” inserida no 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na vertente da Pessoa em Situação Crítica (PSC), a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora (UE), o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Como forma de otimizar e concretizar as aprendizagens resultantes do referido curso, este relatório apresenta a exposição, análise e reflexão crítica do trabalho desenvolvido ao longo do mesmo, bem como, nas UC “Estágio 1” e “Estágio Final” e, na aquisição e desenvolvimento das competências obrigatórias para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em EMC na área de enfermagem à PSC e, do grau de Mestre em Enfermagem, após aprovação em prova de defesa com caráter público.

Ambos os estágios foram desenvolvidos de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e sob a orientação científica do Professor Doutor Adriano Pedro.

O Estágio 1 – Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi realizado em contexto de Serviço de Urgência Polivalente (SUP) com orientação de uma Enfermeira Especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC e Mestre em Enfermagem, decorreu entre 16 de maio e 24 de junho de 2022, e, uma carga horária de 162 horas (144 horas de contacto direto e 18 horas de orientação tutorial), numa média semanal de 24 horas, com o cumprimento das horas previstas.

O Estágio Final, foi realizado em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) com orientação de um Enfermeiro Especialista em EMC, decorreu entre 19 de setembro de 2022 e 27 de janeiro de 2023, num total de 388 horas (336 horas de contacto direto, 14 horas de orientação tutorial e 38 horas de outros), numa média semanal de 21 horas, com o cumprimento das horas previstas.

Na seleção dos locais de estágio, procuramos que os mesmos fossem locais repletos de aprendizagens e, que possibilitassem o desenvolvimento de conhecimentos acerca da intervenção do Enfermeiro Especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC.

A escolha do contexto clínico supracitado para a realização do Estágio Final surgiu para dar continuidade ao processo de aprendizagem sobre o percurso da pessoa em situação crítica, que se iniciou no Serviço de Urgência Geral, local onde foi concretizado o Estágio 1. Enquanto serviço de Medicina Intensiva de nível III que integra diversas valências, este contexto clínico possibilitou uma variedade de oportunidades para aquisição de conhecimentos e competências no âmbito da pessoa em situação crítica, nomeadamente no elevado nível de cuidados prestados e no recurso a técnicas complexas.

A Hipertensão Intracraniana (HIC) é uma complicação potencialmente devastadora de lesão neurológica. O tratamento bem-sucedido de doentes com HIC requer identificação imediata, o uso criterioso de monitorização invasiva e tratamento direcionado tanto à redução da pressão intracraniana (PIC), como à reversão da causa subjacente (García & Martin, 2019). A excelência do cuidado e a segurança dos doentes com Traumatismo Cranioncefálico (TCE) vincula-se com a indicação bem fundamentada para monitorizar a PIC, e uma intervenção da equipa de enfermagem baseada na evidência científica mais recente (Garcia, 2018; García & Martin, 2019). No decorrer do Estágio Final foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) relacionado com a intervenção de enfermagem à pessoa com monitorização da PIC. O tema surgiu após a realização de entrevistas não estruturadas ao Enfermeiro Orientador e ao Enfermeiro Gestor do Estágio Final, nas quais foi identificada a necessidade de elaborar uma norma de orientação clínica para o cuidado de enfermagem à pessoa com monitorização da PIC, que fosse reconhecida como uma ferramenta de apoio à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com esse tipo de monitorização.

Foi definido, como objetivo geral para a elaboração deste relatório, analisar as atividades desenvolvidas no decorrer do Estágio 1 e do Estágio Final e, o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC e, de Mestre em Enfermagem. Para concretizar o objetivo geral supracitado, delineamos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os contextos clínicos onde foram realizados os estágios;
- Apresentar, através das fases de metodologia de trabalho de projeto, o PIP desenvolvido;
- Analisar, de forma crítica e reflexiva, o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns, específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC e, de Mestre em Enfermagem.

Tendo por base os objetivos descritos, o presente relatório está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo, destina-se à descrição dos contextos clínicos onde foram realizados os estágios mencionados, com a caracterização das suas estruturas, recursos físicos, materiais e humanos e, análise da produção de cuidados prestados nos mesmos.

Ao longo do segundo capítulo, é apresentado o PIP, e as suas etapas, nomeadamente, diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados, assim como, o seu enquadramento teórico relativo à problemática em estudo e que fundamentou a elaboração de uma norma de orientação clínica intitulada de “Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC”, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A exposição do quadro de referência teórico de enfermagem selecionado para o desenvolvimento deste projeto e do relatório também surge neste capítulo, sendo que, o modelo teórico escolhido foi a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner, Patricia Kyriakidis e Daphne Stannard (2011), que refere que a intervenção de enfermagem à pessoa em situação crítica assenta na compreensão e investigação clínica com a identificação e resolução de problemas clínicos e, na previdência clínica, antecipando e prevenindo potenciais complicações (Benner et al., 2011).

Segue-se o terceiro e último capítulo, que é destinado à realização da análise crítica e reflexiva acerca da aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018) e, das competências de Mestre em Enfermagem (UE, 2015).

Este documento está escrito seguindo as orientações do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, de acordo com as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Portalegre, e as normas de referenciação da 7ª edição da *American Psychological Association* (APA).

1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

O presente capítulo pretende enquadrar os contextos clínicos em que se realizaram o Estágio I e o Estágio Final, realizando a caracterização de cada um dos cenários clínicos, assim como, uma análise da produção de cuidados.

O Estágio I foi desenvolvido no SUP de um hospital do sul do país, ao longo de 6 semanas (entre 16 de maio e 24 de junho de 2022), com uma duração total de 162 horas (144 horas de contacto direto e 18 horas de orientação tutorial), numa média semanal de 24 horas.

O Estágio Final realizou-se na UCI, de outro hospital do sul do país, ao longo de 18 semanas (entre 19 de setembro de 2022 e 27 de janeiro de 2023), integrando um total de 388 horas (336 horas de contacto direto, 14 horas de orientação tutorial e 38 horas de outros), numa média semanal de 21 horas.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO 1: SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE - SUP

O SUP, onde foi realizado o Estágio I, foi legalmente reconhecido como um Serviço de Urgência Polivalente pelo Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (Ministério da Saúde, 2014). Este, dispõe dos recursos necessários à assistência em qualquer situação de urgência e emergência, assegurando a disponibilização de cuidados de saúde diferenciados e contínuos, a toda a população da sua área, com cobertura das 24 horas, na totalidade dos dias do ano.

Este SUP dispõe das seguintes valências: medicina interna, medicina intensiva, cardiologia e laboratório de hemodinâmica, gastroenterologia com unidade de endoscopia, pneumologia, nefrologia com unidade de hemodiálise, anestesiologia, neurologia, imunohemoterapia, patologia clínica com toxicologia, bloco operatório, cirurgia geral, cirurgia plástica e reconstrutiva, ortopedia, neurocirurgia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular, imagiologia com radiologia convencional, ecografia simples, tomografia computadorizada, angiografia digital e ressonância magnética. Relativamente às valências de cirurgia cardiotorácica e cirurgia máxilo-facial esta unidade recorre a protocolos de colaboração com outras unidades de referência, com recurso a transferências inter-hospitalares.

Os utentes que recorrem a este SUP têm características diversificadas, uma vez que este abrange o atendimento de utentes com idade igual ou superior a 18 anos. Não é possível especificar a afluência por faixa etária ou patologia, no entanto, é de salientar a utilização quase diária das Vias Verdes para Acidente Vascular Cerebral e Doença Coronária e, com muita frequência, para Sepsis.

1.1.1 Estrutura, recursos físicos e materiais

Relativamente à sua organização física, o SUP situa-se 2º piso do edifício principal e encontra-se dividido por vários setores, nomeadamente sala de triagem, sala de emergência, sala de observação, balcão de cirurgia, balcão de ortopedia, balcão médico-cirúrgico 1, balcão médico-cirúrgico 2, sala de internamentos em observação e Unidade de Cuidados Intermédios. No decurso do contexto pandémico foi necessária a reestruturação dos circuitos de admissão e atendimento, com a criação de um circuito externo que permite a triagem e o tratamento de utentes suspeitos ou confirmados com infeção por *Severe Respiratory Acute Syndrome – coronavirus 2 (SARS-CoV 2)*.

O utente, que recorre a este SUP, inicia o seu percurso com a efetivação da inscrição na admissão de doentes e prossegue para a sala de triagem, onde tem o primeiro contacto com um profissional de saúde. A sala de triagem está localizada à entrada do SUP e permite priorizar os utentes que são admitidos no serviço, com recurso à triagem de *Manchester*. Estrategicamente situada em área contígua à sala de triagem está a sala de emergência que se destina a receber utentes emergentes, constituída por 3 unidades e equipada com os recursos materiais e tecnológicos necessários para a monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica, desfibriladores, videolaringoscópio, máquina de leitura de gasimetrias, entre outros. Esta sala, tem uma antecâmara que dá apoio à sala de reanimação e à sala de triagem e, está destinada ao atendimento inicial dos utentes sinalizados pelas vias verdes. Alocados a esta sala estão disponíveis materiais de consumo clínico, devidamente organizados por setores, equipamento necessário para a mobilização de utentes vítimas de trauma (planos duros, colares cervicais, cintos aranha e cintas pélvicos, entre outros), 2 carros de urgência, kits de procedimentos e material de transporte intra-hospitalar do doente crítico (monitor de transporte, balas de oxigénio, ventilador portátil e malas de transporte). A sala de observação dispõe de 4 unidades e é o setor onde são colocados os utentes que necessitam de maior vigilância. Os balcões de cirurgia e ortopedia são destinados às respetivas especialidades e ao apoio para as especialidades de oftalmologia, otorrinolaringologia e neurocirurgia. Os balcões médico-cirúrgicos 1 e 2 asseguram o atendimento nas várias especialidades médicas e cirúrgicas, sendo que o balcão médico-cirúrgico 1 se destina aos

utentes com maior mobilidade e o balcão médico-cirúrgico 2 aos utentes com maior grau de dependência e/ou necessidade de oxigenoterapia. Os utentes internados que aguardam decisão clínica ou vaga nos serviços de internamento encontram-se na sala de internamentos em observação.

Por consequência do elevado número de admissões e elevado tempo de espera, a capacidade física deste SUP é excedida com frequência, levando à distribuição dos doentes ao longo do corredor.

1.1.2 Recursos humanos

A equipa multidisciplinar deste SUP é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, entre outros.

A equipa de enfermagem deste SUP integra 68 enfermeiros que estão organizados em 5 equipas.

Em 2021, dos 68 enfermeiros, 73% eram do sexo feminino e 67% tinham idades inferiores ou iguais a 35 anos. A maior parte da equipa exercia funções há menos de 10 anos, sendo que apenas 13% exercia funções há mais de 25 anos. Relativamente ao tempo de exercício profissional em Serviço de Urgência, a maioria exercia funções há menos de 10 anos e apenas 6,7% da equipa exercia funções há mais de 25 anos (Madeira, 2021).

Dos 68 enfermeiros, 8 são Enfermeiros Especialistas em EMC e 3 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde pública.

De forma a promover a articulação entre o serviço e outros departamentos ou áreas funcionais, no SUP existem enfermeiros que desempenham o papel de elos de ligação com outras áreas, nomeadamente, com o Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), segurança do medicamento, segurança cirúrgica, identificação segura, comunicação segura, entre outras. Existe ainda um enfermeiro que se responsabiliza pela formação em serviço.

Os horários dos enfermeiros são estruturados, na sua maioria, em dois turnos, das 8h às 20h30 e das 20h às 8h30.

Neste SUP o método de trabalho praticado é o método individual de trabalho. Este método caracteriza-se pelo facto de cada enfermeiro ser responsável pela prestação total de cuidados a um ou mais doentes, que estejam alocados ao seu setor de trabalho nesse turno (Verde, 2013).

No que respeita aos *softwares* informáticos de gestão de informação clínica o SUP utiliza o ALERT para utentes em episódio de urgência, o SClínico para os utentes internados e, ainda

outros como o GHAF, O Clindata, e o Synapse que permitem a articulação com diversos serviços de apoio.

1.2 CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO FINAL: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - UCI

A UCI onde foi realizado o Estágio Final situa-se num hospital do sul que dispõe das seguintes valências: Atendimento Urgente Geral, Atendimento Urgente Pediátrico, Maternidade, Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centros Cirúrgicos especializados (cirurgia abdominal e colorretal, cirurgia cardiotorácica e cirurgia da mama), Consulta Externa com uma área para exames especiais endoscópicos de Gastroenterologia, Pneumologia e Urologia, um Centro Oncológico, a Unidade de Saúde da Mulher e serviços de internamento médico e cirúrgico.

Todos os serviços clínicos e não clínicos desta Unidade Hospitalar são acreditados pela *Joint Commission Internacional*, conferindo a todos os profissionais e unidades os mais elevados padrões de segurança e qualidade em áreas como o controlo de infeção, a segurança do medicamento, os cuidados médicos e cirúrgicos, e também nas áreas da gestão organizacional e liderança.

A Ordem dos Médicos (2018) defende a existência de três níveis de cuidados a doentes críticos, tendo em conta, as valências disponíveis na organização hospitalar e as técnicas utilizadas.

Assim, a UCI onde foi realizado o Estágio Final, é classificada como uma unidade de nível III uma vez que esta tem capacidade para prestar os cuidados adequados aos doentes críticos mais complexos e mais graves, contemplando monitorização hemodinâmica invasiva avançada, ventilação mecânica invasiva, traqueostomias, técnicas de suporte hemodinâmico, neuromonitorização invasiva e técnicas de substituição renal contínua.

Em conformidade com a sua classificação de nível III, a UCI está dotada de uma equipa clínica (médicos e enfermeiros) qualificada e dedicada a tempo inteiro, com uma cobertura da prestação de cuidados ao doente crítico autónoma, 24h por dia, todos os dias do ano.

As causas mais comuns de admissão na UCI em questão são:

- Infeções graves que evoluem para disfunção orgânica como Pneumonias, Encefalites ou Meningites, Septicémias, entre outras;
- Patologia cardíaca grave como Enfarte Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca Descompensada, Arritmias, entre outras;
- Insuficiência Respiratória Aguda como Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Agudizada, Crise Asmática Severa, entre outras;

- Acidente Vascular Cerebral Isquémico ou Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico;
- Pós-operatórios de cirurgias complexas ou prolongadas como Cirurgias Cardiotorácicas entre outras;
- Politraumatizados.

1.2.1 Estrutura, recursos físicos e materiais

A UCI encontra-se localizada no 1º piso da Unidade e dispõe de uma lotação de 8 camas para doentes críticos, 7 dispostas em *open space* e 1 cama em quarto fechado.

Na qualidade de unidade nível III este serviço dispõe, em cada unidade, dos recursos materiais necessários para a prestação de cuidados ao doente crítico, nomeadamente, monitorização invasiva e/ou não invasiva, ventilador com possibilidade de ventilação invasiva ou não invasiva, oxigenoterapia de alto fluxo e seringas e bombas infusoras. Este serviço também tem ao dispor meios de monitorização específicos como a monitorização hemodinâmica invasiva através do sistema de PiCCO®, a monitorização da PIC e o uso do índice bis-espectral. A UCI dispõe, ainda, de 1 carro de urgência para situações de paragem cardio-respiratória e de entubação sequencial rápida, uma máquina de gasimetria, um ecógrafo e uma central de monitorização.

A unidade de cada doente é constituída por uma cama elétrica, sistema de monitorização de parâmetros vitais e hemodinâmicos, sistema de gases, aspiração por vácuo de alta e baixa pressão, um ventilador mecânico, seringas infusoras, bombas infusoras, um lavatório e cortinados impermeáveis que proporcionam a privacidade de cada unidade, mas permitem a visualização de toda a unidade.

O sistema informático de gestão clínica implementado é o Gestão Hospitalar, este permite uma integração de dados e funções de outros sistemas, como dados clínicos imagiológicos, laboratoriais e farmacêuticos.

Relativamente à distribuição da medicação, este é disponibilizado pela farmácia em sistema de unidose, preparada diariamente para cada doente e complementada, se necessário, pelo *stock* de medicação existente no serviço.

A estrutura física da UCI também integra diversas áreas com funções não clínicas, nomeadamente, sala de armazenamento de material de consumo clínico (que funciona através da gestão articulada com o Serviço de Aprovisionamento), sala de limpos e sala de sujos, copa, um gabinete médico e WC's.

1.2.2 Recursos humanos

A equipa desta UCI é constituída por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Em colaboração com esta equipa, trabalham outros profissionais de saúde, nomeadamente, médicos de outras especialidades, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos, neurofisiologistas e nutricionistas, entre outros.

A UCI tem assistência médica qualificada por pelo menos um médico intensivista em presença física durante as 24h, e um enfermeiro por cada ocupação de no máximo duas camas.

Tendo em conta as orientações das dotações seguras emanada pela OE (OE, 2019), na UCI em questão são aplicados os rácios enfermeiro/doente de acordo com a necessidade clínica, ou seja, o rácio de 1 enfermeiro para 1 doente, ou 1 enfermeiro para 2 doentes.

Até à data de 10 de outubro de 2022, a equipa de enfermagem da UCI era constituída por 10 enfermeiros da instituição, sendo que 1 enfermeiro se encontra a desempenhar funções de gestão. Quando relacionamos o tempo de experiência profissional dos enfermeiros da UCI com o modelo da aquisição e desenvolvimento de competências de Benner, podemos afirmar que os cuidados de enfermagem na UCI, são prestados por enfermeiros proficientes e peritos. A adaptação ao modelo de Dreyfus, conhecido como o modelo de aquisição e desenvolvimento de competências de Benner, explica que os enfermeiros passam por cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito e, que estes níveis se traduzem em alterações na *performance* das habilidades, em consequência das experiências passadas e da perceção da exigência dos contextos, enquanto as competências vão sendo desenvolvidas (Benner, 2001).

A equipa de enfermagem encontra-se na faixa etária entre os 25 e os 40 anos. Relativamente ao tempo de exercício profissional, metade da equipa exerce funções na UCI há mais de 10 anos.

De forma a promover a articulação entre o serviço e outros departamentos ou áreas funcionais, no SUP existem enfermeiros que desempenham o papel de elos de ligação com outras áreas, nomeadamente, identificação segura, comunicação segura, segurança do medicamento, segurança cirúrgica, GCL-PPCIRA, entre outras. Existe também um enfermeiro responsável pela formação em serviço.

A equipa de enfermagem é complementada por 6 enfermeiros externos à instituição que exercem funções na qualidade de prestadores de serviços, de forma a satisfazer os rácios preconizados pela OE.

O número de enfermeiros destacados para cada turno, depende da taxa de ocupação da UCI.

Todos os enfermeiros trabalham num regime de horário rotativo, com horários estruturados em três turnos. O turno da manhã (das 8h às 16h), o turno da tarde (das 16h às 00h) e o turno da noite (das 00h às 8h).

O método de trabalho implementado é o método individual, em que cada enfermeiro está responsável pela prestação dos cuidados inerentes aos doentes que estão atribuídos no turno de trabalho.

Relativamente aos Assistentes Operacionais, a UCI dispõe de 6 Assistentes operacionais.

1.3 ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

A qualidade na saúde é um conceito que se materializa quando a perceção dos utentes e dos prestadores do Serviço de saúde convergem nas considerações de “disponível”, “acessível”, “adequado” e “em tempo útil”. Em suma, a qualidade em saúde acontece sempre que, para as necessidades identificadas, estão disponíveis as respostas mais adequadas, ou sejam, as que mais e melhor garantem o atendimento a segurança, e a adoção e implementação das medidas mais eficientes e eficazes (OE, 2001).

Assim, e quando olhada pela perspetiva dos prestadores de serviço de saúde, a qualidade resulta, necessariamente, de um trabalho conjunto multidisciplinar e multiprofissional, sempre atento às inovações e às melhores práticas (OE, 2001).

O trabalho em equipa, como um pilar de todos os sistemas da qualidade, assume reforçada importância, neste contexto multiprofissional, exigindo-se a todos os profissionais que se foquem no problema e se completem e complementem nas melhores respostas a disponibilizar ao utente (OE, 2001).

A qualidade dos cuidados de enfermagem, quando olhada pela perspetiva das competências atribuídas às Instituições de saúde, identifica os contributos que são da responsabilidade destas, nomeadamente:

- Adequação dos recursos e estruturas que proporcionem um ambiente favorecedor a um salutar desenvolvimento profissional assente no mérito;
- Proporcionar aos enfermeiros o tempo e as condições necessárias para a sua atualização profissional;
- Promover uma cultura de reflexão autocrítica que conduza à redefinição de objetivos e às mudanças que se vão mostrando necessárias.

No caso da qualidade, inerente ao exercício profissional, dos prestadores de cuidados de enfermagem surge como prioritário a definição dos padrões, a que se deve vincular, e que deverão ser a base para a implementação de um sistema de melhoria continua integrado,

objetivo e exequível. A aprovação de projetos desgarrados da realidade e nos quais os profissionais não se reveem, vem-se revelando de execução insuficiente e de consolidação quase sempre nula (OE,2001).

No contexto clínico do Estágio 1, o SUP, existem situações transversais aos serviços de urgência de todo o país. A elevada afluência ao serviço, tempos de espera elevados tanto no atendimento urgente como na transferência para o serviço de destino (no caso de existir necessidade de internamente), recursos físicos, materiais e humanos limitados, e que por vezes põem em causa a qualidade dos cuidados prestados e principalmente a qualidade dos cuidados percecionados pelos utentes.

Como já foi referido anteriormente, o método de trabalho adotado é o método individual, no qual cada enfermeiro é responsável pelos cuidados de enfermagem prestados aos doentes que lhe são atribuídos no turno de trabalho, no entanto, sempre que necessário, este método é complementado pelo método de trabalho em equipa. A equipa de enfermagem garante a os cuidados nas 24h de todos os dias do ano, estando os enfermeiros organizados em 5 equipas que se rendem ao logo dos turnos. Cada equipa é constituída de acordo com a experiência profissional, a experiência em áreas específicas e a formação especializada dos enfermeiros. O chefe da equipa escalada é também o enfermeiro responsável do turno, assumindo as funções de gestão de recursos materiais e humanos. A distribuição dos enfermeiros por turno é, normalmente, de 15 enfermeiros no turno da manhã, 13 no turno da tarde e 12 no turno da noite.

Relativamente á área da formação, no SUP existe um enfermeiro responsável pela formação, que promove a realização de ações de formação em serviço, com base no diagnóstico das necessidades. Os enfermeiros têm ainda acesso à formação que está definida para os que desempenham funções em serviços de urgência, como formação em Triagem de Manchester, Suporte Avançado de Vida, Suporte Avançado de Vida em Trauma, Transporte de Doentes Críticos, Vias Verdes, Ventilação e Controle Hemodinâmico, Gestão de Stress e de Conflitos, entre outros.

Os cuidados prestados são devidamente registados no programa informático ALERT, para utentes em episódio de urgência, e no SClinico são registados os cuidados planeados e prestados para utentes internados. Estes programas informáticos recorrem à terminologia preconizada pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como forma de padronizar e uniformizar o planeamento de cuidados, permitindo assim uma avaliação fidedigna dos resultados obtidos.

No contexto clínico do Estágio Final, a UCI, o método de trabalho adotado é o método individual, no qual cada enfermeiro é responsável pelos cuidados de enfermagem prestados aos doentes que lhe são atribuídos no turno de trabalho, no entanto, sempre que necessário, este método é complementado pelo método de trabalho em equipa. A equipa de enfermagem

presta cuidados nas 24h de todos os dias do ano, estando em cada turno o número de enfermeiros necessário, de acordo com a taxa de ocupação do serviço, sendo que o rácio enfermeiro/doente é, de 1 para 1 ou de 1 para 2, cumprindo assim o rácio recomendado pela OE (OE, 2019). Para tal, é necessário recorrer a enfermeiros externos à instituição, que exercem funções na qualidade de prestadores de serviço. Em cada turno, o enfermeiro mais diferenciado assume a função de chefe de equipa. O número de enfermeiros destacados para cada turno, depende da taxa de ocupação da UCI. Todos os enfermeiros trabalham num regime de horário rotativo, com horários estruturados em três turnos. O turno da manhã (das 8h às 16h), o turno da tarde (das 16h às 00h) e o turno da noite (das 00h às 8h).

Relativamente à área da formação, na UCI existe um enfermeiro responsável pela formação, que promove a realização de ações de formação em serviço, com base no diagnóstico das necessidades.

Os cuidados prestados são devidamente registados no programa informático sistema Gestão Hospitalar, este permite uma integração de dados e funções de outros sistemas, como dados clínicos imagiológicos, laboratoriais e farmacêuticos.

Podemos assim concluir que os cuidados de enfermagem prestados em ambos os contextos clínicos, têm por base na sua prática diária e exercício da excelência profissional o Código Deontológico, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

2. A PESSOA COM AUMENTO DA PRESSÃO INTRACRANIANA

2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A história da enfermagem inicia-se no século XIX com Florence Nightingale, que compreendeu a enfermagem enquanto profissão com um conhecimento estruturado. Durante muito tempo, o conhecimento desta profissão não era registado e, por consequência, não se conheciam os resultados dos cuidados prestados. No decorrer do século XX, com o objetivo de reconhecer a enfermagem como disciplina científica, percebeu-se a necessidade de criar fundamentos conceptuais e enquadramentos que orientassem a prática dos cuidados (Tomey & Alligood, 2004). Nesse seguimento, foram desenvolvidos diversos modelos e teorias de enfermagem que possibilitaram atribuir significado à sabedoria desta disciplina e, assim, aperfeiçoar a sua prática através da descrição, explicação e antecipação dos fenómenos.

No decorrer deste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências e, de elaboração do Relatório final, assumimos como linha orientadora, a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner, Patricia Kyriakidis e Daphne Stannard (2011), que assume que a prática de enfermagem em doentes agudos e críticos é intelectual e emocionalmente desafiadora e, que a articulação entre julgamento clínico e habilidade é difícil porque o cuidado ao doente crítico ocorre em diferentes cenários e complexidades.

Esta teoria surge como uma extensão da Teoria de Iniciado a Perito de Patricia Benner (2001), que descreve a evolução pessoal e profissional como sendo um processo gradual e que está relacionado com as experiências, referências profissionais e investimento pessoal. Na aquisição e desenvolvimento de competências, a autora adaptou o modelo de Dreyfus e definiu que os enfermeiros passam por cinco fases: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

O desenvolvimento de competências em cuidados agudos e críticos exige julgamento clínico e, aprendizagem em contextos de tensão e *thinking-in-action* (Benner et al., 2011).

As mesmas autoras identificaram dois hábitos de pensamento e nove domínios da prática de enfermagem.

Os dois hábitos de pensamento referem-se à compreensão e investigação clínica na identificação e resolução de problemas e, a previdência clínica, na antecipação e prevenção de potenciais complicações. Os nove domínios da prática de enfermagem são: diagnosticar e

gerir funções fisiológicas que sustentam a vida em doentes agudos e instáveis, o *know-how* qualificado de gerir uma crise, promoção de medidas de conforto ao doente agudo e crítico, cuidados à família do doente, prevenção de riscos associados ao ambiente tecnológico, cuidado e tomada de decisão em doentes em fim de vida, comunicação da avaliação clínica e melhoria do trabalho em equipa, promoção da segurança do doente através da monitorização da qualidade e gestão do risco, competência especializada em liderança clínica e moral e educação e supervisão clínica (Benner et al., 2011).

1. Diagnosticar e gerir funções fisiológicas que sustentam a vida em doentes agudos e instáveis

“- diagnóstico e gestão de situações emergentes e de risco de vida; - diagnóstico, monitorização, titulação e intervenção imediatas em doentes instáveis, de forma a prevenir uma situação de crise e manter estabilidade das funções vitais e estabilidade fisiológica; - diagnóstico, monitorização, prevenção e gestão das oscilações das funções vitais, não emergentes do doente; - coordenação e gestão de intervenções múltiplas e imediatas; - ensino e assistência ao doente no desmame de tecnologias de suporte avançado de vida.” (Benner et al., 2011, p. 88).

2. O *know-how* qualificado de gerir uma crise

“- criação de um ambiente para gestão de crise; - gestão sequencial e logística de múltiplas terapias em resposta à crise; - organização da equipa e coordenação das suas ações durante a crise; - capacidades de liderança na gestão da situação do doente quando o médico está presente; - tomada de intervenções médicas necessárias na gestão de uma crise quando o médico está ausente; - reconhecimento de talento e destreza nos médicos, recrutando os mesmos para a resolução de uma situação em particular; - gestão das respostas emocionais como elemento facilitador do clima social.” (Benner et al., 2011, p. 170).

3. Promoção de medidas de conforto ao doente agudo e crítico

“- cuidado ao corpo como fonte de conforto; - promoção de medidas de estimulação, distração e repouso com mínimo de perturbação; - atenuação do ambiente tecnológico; - conforto através de conexão e relacionamento; - disponibilidade, sem mostrar intrusão; - gerir as pressões éticas no alívio da dor, sedação e medidas de conforto; - limitação do impacto dos procedimentos dolorosos: técnicas de relaxamento, visualização e distração; - conforto através de rituais familiares e rotina.” (Benner et al., 2011, p. 220)

4. Cuidados à família do doente

“- garantia de que a família pode estar junto do doente; - promoção de suporte à família e de informação; - incentivo ao envolvimento da família na prestação de cuidados.” (Benner et al., 2011, p. 268)

5. Prevenção de riscos associados ao ambiente tecnológico

“- avaliações práticas da tecnologia; - envolvimento em trabalhos de segurança; - uso adequado e avaliação da operacionalidade dos dispositivos técnicos.” (Benner et al., 2011, p. 302)

6. Cuidado e tomada de decisão em doentes em fim de vida

“- apoio e organização de um razoável nível de cuidados precoces no tratamento; - reconhecimento e comunicação da transição de cuidados curativos para cuidados paliativos; - planeamento e implementação de cuidados paliativos ao doente em fim de vida e sua família, quando ocorre a transição dos cuidados curativos para os cuidados paliativos; - confrontação com a morte.” (Benner et al., 2011, p. 342)

7. Comunicação da avaliação clínica e melhoria do trabalho em equipa

“- comunicação sobre mudanças clínicas; - comunicação de “janelas de tempo” perdidas e mudanças clínicas inesperadas na trajetória do doente; - mudança de práticas e desenvolvimento de novos conhecimentos clínicos; - desenvolvimento de conhecimento clínico sobre intervenções experimentais; - fortalecimento da equipa: desenvolvimento das capacidades de dedicação, destreza e parceria.” (Benner et al., 2011, p. 380)

8. Promoção da segurança do doente através da monitorização da qualidade e gestão do risco

“- responsabilidade e capacidade de agir e influenciar uma determinada situação com base no julgamento clínico, o que inclui, mas não está limitado, à tomada de decisão; - melhoria da qualidade, monitorização e gestão de risco; - apoio aquando da ocorrência eminente ou real de falhas na prática; - fortalecimento da equipa no contexto de falhas na prática: resolução de fontes de conflito ou confusão; - prevenção da ocorrência de falhas: reparação ou reestruturação dos sistemas; - casos de contraste: trabalhar contra todas as probabilidades e aceitação das falhas. Isto significa deixar o sistema falhar na tentativa de alertar que uma prestação de cuidados altamente tecnológicos sem cuidados de enfermagem adequados não é segura.” (Benner et al., 2011, p. 411)

9. Competência especializada em liderança clínica e moral e educação e supervisão clínica

“- promoção do desenvolvimento clínico dos outros; - mentoria na interpretação, prognóstico e resposta às mudanças no doente; - colmatar as lacunas nos cuidados ao doente; - negociação de conflitos com doentes e familiares exigentes e zangados, através do controlo, conexão e compreensão; - construção e preservação de relacionamentos baseados na cooperação no seio da equipa; - transformação na forma de cuidar.” (Benner et al., 2011, p. 450)

As mesmas autoras defendem que os planos de cuidados de enfermagem comuns, diagnósticos e intervenções, são considerados limitadores ou até mesmo estáticos e, admitem a criação de um espaço para a reflexão ativa, baseada em processos dinâmicos de julgamento clínico e experiente, deixando-se de utilizar o processo de enfermagem de forma linear. Defendem, igualmente, a relevância da existência de protocolos e normas para a prestação de cuidados a doentes críticos. (Benner et al., 2011).

Abreviadamente, Benner et al. (2011) assumem que os enfermeiros que prestam cuidados a doentes agudos e críticos, devem possuir um conhecimento clínico sólido, que vai sendo adquirido no decorrer de um processo dinâmico de aquisição de competências. A teoria assenta no desenvolvimento de um julgamento clínico consistente, resultante da capacidade de reciclar experiências passadas, com o propósito de responder às exigências e casualidades do doente crítico.

Por ser essencial definirmos os conceitos metaparadigmáticos que nos guiam e, uma vez que a teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos não os define de forma explícita, adotamos os conceitos metaparadigmáticos da OE como referência.

O metaparadigma é o “nível mais abstrato do conhecimento. Determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina” (Tomey & Alligood, 2004, p. 6). Nesta linha de pensamento, podemos definir o metaparadigma da enfermagem como o conjunto dos principais conceitos abordados na enfermagem que fundamentam a sua prática.

Assim, assumimos, na elaboração deste trabalho, os conceitos metaparadigma em enfermagem: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, que passamos a descrever:

Saúde

“A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual (...). A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja

atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (OE, 2001, p. 8).

Pessoa

A pessoa é considerada um ser indivisível e único.

“A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. (...) Na medida em que cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual, podemos atingir um entendimento no qual cada um de nós vivencia um projecto de saúde” (OE, 2001, pp. 8-9).

Ambiente

“O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2001, pp 9-10).

Cuidados de enfermagem

O foco dos cuidados de enfermagem é a relação interpessoal que se desenvolve entre o enfermeiro e a pessoa ou pessoas cuidadas. Nesta relação “o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (OE, 2001, p. 10). A relação terapêutica é dinâmica e define-se pela sinergia com a pessoa cuidada, valorizando o seu papel, respeitando as suas capacidades e facilitando a envolvência das pessoas significativas na realização do seu projeto de saúde. Os cuidados de enfermagem visam a promoção da saúde e prevenção de complicações e, a satisfação da pessoa cuidada no desenvolvimento do seu bem-estar, autocuidado e readaptação funcional (OE, 2001).

2.2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A lesão cerebral é uma das principais causas de perda funcional e morte. Nas últimas décadas um dos maiores progressos no cuidado ao doente neurocrítico foi o desenvolvimento de abordagens padronizadas, nomeadamente na monitorização (García, 2018).

A PIC é exercida pelo volume combinado dos três componentes intracranianos, e a sua medida fornece informações importantes que antecedem o surgimento de lesões secundárias.

O compartimento intracraniano é protegido pelo crânio, uma estrutura rígida com volume fixo de 1400 a 1700mL. Em condições fisiológicas o conteúdo intracraniano inclui parênquima cerebral, líquido cefalorraquidiano (LCR) e sangue. Estruturas patológicas como hematomas, abscessos, e lesões de massa, também podem estar presentes no compartimento intracraniano. Uma vez que o volume total da abóbada craniana não pode mudar, um aumento de um componente, ou a presença de componentes patológicos, requer o deslocamento de outras estruturas, um aumento da PIC ou ambos. Assim a PIC é o resultado do volume e da complacência de cada componente intracraniano (Lima et al., 2019).

A PIC em adultos é geralmente ≤ 15 mmHg, e a HIC patológica surge em pressões ≥ 20 mmHg. Eventos fisiológicos, como espirros ou tosse, aumentam transitoriamente a PIC. A maioria das estratégias para redução da PIC são eficazes por períodos limitados e variáveis, e esses tratamentos podem ter efeitos colaterais graves. Assim, a única maneira de determinar com segurança a pressão de perfusão cerebral (PPC) é monitorizar continuamente a PIC e a Pressão Arterial (PA) (Garcia, 2018).

Existem 4 principais localizações anatômicas para monitorização da PIC, sendo que em cada existem vantagens e desvantagens. São elas intraventricular, intra parenquimatosa, subaracnoídea e epidural (Feijó, 2020).

A HIC é uma complicação potencialmente devastadora de lesão neurológica. O tratamento bem-sucedido de doentes com HIC requer identificação imediata, o uso criterioso de monitorização invasiva e tratamento direcionado tanto à redução da PIC, como à reversão da causa subjacente (García & Martín, 2019).

No sentido de mapear a evidência mais recente sobre a monitorização do enfermeiro na pessoa com monitorização da PIC, realizamos uma *scoping review*. Para a formulação da questão de pesquisa recorreu-se ao formato PCC (População, conceito, contexto), tendo-se definido a seguinte pergunta: “Quais as evidências disponíveis acerca da intervenção do enfermeiro à pessoa com Monitorização da Pressão Intracraniana, em unidades de cuidados intensivos?”.

Após análise dos sete estudos selecionados, foram identificadas diversas intervenções de enfermagem que influenciam a abordagem ao doente com HIC, das quais se destacam: a avaliação ABCDE, a monitorização da PIC e interpretação das respetivas ondas, a monitorização da oxigenação cerebral, a monitorização dos sinais vitais para manutenção da estabilização hemodinâmica, a avaliação neurológica, os posicionamentos (nomeadamente da cabeça e pescoço), os cuidados adicionais na aspiração de secreções, a administração de sedação e analgesia, a administração de soluções hiperosmolares e corticoterapia, e a redução de estímulos intensos (Garcia, 2018; Lima et al., 2019; García e Martín, 2019; Olson et al., 2013; Olson et al., 2017; Promlek, 2020; Harrois et al., 2019; Cook, et al., 2020).

A primeira intervenção identificada foi a avaliação ABCDE, referindo que esta metodologia de avaliação do doente facilita a deteção precoce e o tratamento de lesões que possam pôr em perigo a vida da pessoa, a partir da avaliação da via aérea com controlo cervical (A), da ventilação (B), da circulação (C), da avaliação de lesões neurológicas (D) e por fim à exposição da pessoa (E) (Garcia, 2018).

De seguida, identificou-se a monitorização da PIC, sendo que esta intervenção foi identificada nos estudos de Garcia (2018), de Lima et al. (2019) e de García e Martín (2019). De acordo com as *guidelines* mais recentes para o tratamento de lesão cerebral grave, a PIC deve ser monitorizada em todas as pessoas com TCE grave, que apresentem um Score na Escala de Glasgow entre 3-8 e uma Tomografia Computarizada Cranioencefálica anormal (Garcia, 2018). García e Martín (2019) justificam com o seu estudo sobre drenagem ventricular externa, que deve existir uma indicação fundamentada para a monitorização da PIC, e assim promover a segurança dos cuidados prestados, bem como diminuir a incidência de complicações associadas. Lima et al. (2019) especificou a interpretação das ondas da PIC como um sinal vital de extrema importância na neurociência, sendo o resultado do volume combinado dos três componentes intracranianas (parênquima cerebral, sangue e LCR), e que permite diagnosticar casos de isquemia, uma vez que uma PIC elevada pode conduzir à diminuição do fluxo sanguíneo cerebral. Estes autores ainda afirmam que o tratamento de doentes com PIC elevada inclui intervenções de enfermagem para normalizar a PIC, melhorando o fluxo sanguíneo e a PPC, de forma a evitar desequilíbrios que acentuem as complicações da PIC. Deste modo, o principal objetivo da monitorização da PIC é evitar lesões nas células cerebrais que possam originar danos funcionais, psicológicos, sequelas comportamentais e cognitivas (Lima et al., 2019).

Outra intervenção identificada foi a monitorização dos sinais vitais para manutenção da estabilização hemodinâmica do doente. Alterações dos sinais vitais podem indicar uma deterioração do estado neurológico, assim a sua monitorização de forma contínua é basilar na deteção antecipada de possíveis complicações. A manutenção da normovolémia é essencial para assegurar a autoregulação cerebral, uma vez que uma PAmédia inferior a 80 mmHg pode ser prejudicial para o doente por PPC inadequado, e uma PASistólica inferior a 100 mmHg pode desencadear um processo de vasodilatação autorreguladora, resultando num aumento do volume sanguíneo e consequentemente um aumento da PIC (Promlek, 2020).

Também a monitorização da temperatura corporal foi identificada como uma intervenção de enfermagem que é utilizada na gestão da HIC. Esta é essencial na medida em que o aumento da temperatura acelera o metabolismo cerebral e a permeabilidade da barreira hemoencefálica, facilitando o edema cerebral, vasoespasmos e elevação da PIC. Concomitantemente a febre diminui o potencial de transporte de oxigénio e, consequente, diminuição da perfusão cerebral. Em casos particulares, sugere-se a hipotermia induzida com o objetivo de

diminuir a PIC e lesões secundárias (Promelek et al., 2020). A hipotermia induzida tem um efeito neuroprotetor devido à supressão de libertação de aminoácidos excitadores e outras ações que podem melhorar o prognóstico (García, 2018).

A avaliação da glicémia capilar para manter a normoglicémia é uma intervenção independente de enfermagem e evita a hipoglicémia ou hiperglicémia diminuindo a possibilidade de edema cerebral e HIC tardia por necrose neuronal (Lima et al., 2019).

Uma avaliação neurológica fidedigna promove a identificação precoce de HIC e permite uma tomada de decisão eficaz. A equipa de enfermagem deve monitorizar a escala de coma de Glasgow, realizar a avaliação pupilar (tamanho, simetria e fotorreatividade) e, estar atenta ao aparecimento de sintomas como confusão mental ou coma e sinais de défice localizados, indicativos de aumento da HIC (Lima et al., 2019).

A intervenção mais identificada nos estudos foi o posicionamento do doente, nomeadamente em relação à posição da cabeça e do pescoço. O posicionamento do doente com a cabeceira elevada a 30-40º promove o retorno venoso, facilita a drenagem de LCR e consequentemente diminui a PIC (García, 2018; Lima et al., 2019). Destacando-se por ser uma intervenção de enfermagem independente, simples, não invasiva e de baixo custo, o posicionamento do doente, além da elevação da cabeceira, deve assegurar um correto alinhamento do corpo, sem angulações do pescoço para evitar a compressão das veias jugulares, possibilitando o retorno venoso e facilitando a drenagem venosa cerebral (García & Martín, 2019).

Nos cuidados relacionados com a ventilação, no geral, estes prendem-se com as indicações universais para o doente com ventilação mecânica invasiva, e para a prevenção da Pneumonia associado à ventilação. Higiene oral com antisséptico, aspiração de secreções apenas se necessário, precedida de um período de hiperoxigenação e durante um curto período. Ainda que a estimulação endotraqueal possa aumentar a PIC, esse aumento será transitório e reverterá após a intervenção (García & Martín, 2019; Harrois et al., 2019). Pretende-se evitar a hipóxia, que se traduz num aumento da lesão cerebral isquémica e assegurar a normoventilação para uma adequada oxigenação cerebral (Silva et al., 2021). Olson et al. (2013) reforça que uma vez que a aspiração de secreções pode aumentar o valor da PIC, deve ser tido em conta o risco-benefício para o doente, e esta decisão deve ser tomada baseada na condição individual de cada um, sendo em alguns casos sugerido o estudo da onda de pressão da PIC previamente.

A administração de ansiolíticos e/ou analgésicos antes de intervenções que possam aumentar a PIC, como a aspiração de secreções, poderá ser aproveitada para atenuar efeitos adversos (Harrois et al., 2019).

Relativamente à gestão de terapêutica para diminuir a HIC, a administração de solutos hiperosmolares como o Manitol, aumenta de imediato o volume intravascular produzindo um efeito osmótico num curto período de tempo, traduzindo-se na diminuição da PIC (García,

2018). Esta evidência é corroborada por Cook et al. (2020) referindo que apesar dos solutos hiperosmolares terem benefício na redução do edema cerebral, não existem alterações nos resultados neurológicos, uma vez que estes são influenciados por múltiplos fatores. A evidência encontrada refere que a administração de corticosteroides pode ser benéfica na redução do edema cerebral, mas não na redução da HIC. O tratamento farmacológico do edema cerebral deve guiar-se, sempre que possível, pela patologia subjacente. A utilização de terapêutica para diminuir a HIC pode tratar um problema fisiológico específico, no entanto o impacto no tratamento das lesões neurológicas é limitado (Cook, et al., 2020).

No que se refere à redução de estímulos intensos, esta consegue-se através da administração de sedação e analgesia, proporcionando uma sedação mais eficiente com o objetivo de otimizar a PPC e a PIC (García & Martín, 2019; Promlek, 2020). A gestão de ruídos ambientais é uma intervenção que está vinculada às unidades de cuidados intensivos, especificamente ao doente neurocrítico. A evidência encontrada refere que, apesar de ser uma das intervenções mais utilizadas, não existe correlação entre a gestão de estímulos e alterações na HIC (García & Martín, 2019).

Por fim, a drenagem de líquido através de uma drenagem ventricular externa (DVE) permite, além da drenagem de líquido, a monitorização contínua da PIC e a administração de terapêutica (Cook et al. 2020).

Em suma, a excelência do cuidado e a segurança dos doentes com TCE vincula-se com a indicação bem fundamentada para monitorizar a PIC, e uma intervenção da equipa de enfermagem baseada na evidência científica mais recente que são essenciais para garantir uma evolução clínica favorável (García, 2018; García & Martín, 2019).

2.3 PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Para a elaboração deste projeto foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto. Etimologicamente projeto deriva do latim *projectare*, cujo significado é lançar para a frente. Assim, projetar pressupõe a investigação de um problema, tema ou situação com o propósito de conhecer e identificar as interpretações dessa realidade (Ruivo et al., 2010).

Sendo que o principal objetivo do trabalho de projeto é a análise e resolução de um determinado problema, este é dividido em várias fases: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

2.3.1 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é a primeira fase da metodologia do trabalho de projeto pois é nesta fase que assenta a base para a realização de um PIP. O diagnóstico de situação deve ser contínuo, dinâmico e realizado em tempo útil, permitindo a implementação de medidas apropriadas e adequadas ao problema que se pretende solucionar, e dessa forma conseguir dar resposta às necessidades de saúde da população (Ruivo et al., 2010). Assim, o diagnóstico de situação irá ser assumido como um modelo de referência para a avaliação do projeto de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para perceber as necessidades do serviço e realizar uma intervenção direcionada às mesmas, durante as duas primeiras semanas de estágio foram realizadas entrevistas não estruturadas e de resposta aberta ao Enfermeiro Orientador e ao Enfermeiro Gestor, com o objetivo de definir a problemática.

Após análise das entrevistas, percebemos que seria importante para o serviço construir uma norma de orientação clínica para o cuidado de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC, que sirva como ferramenta de apoio para a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com esse tipo de monitorização, pois não existia no serviço nenhum documento sobre essa temática. Ainda assim, de modo a perceber a opinião da equipa de enfermagem, procedeu-se à aplicação de um questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Diagnóstico de Situação (Apêndice 1), que tinha como objetivo, além de obter uma caracterização sociodemográfica da equipa de enfermagem, aferir a perspetiva dos profissionais sobre a necessidade de tratar a temática. De forma a sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática identificada, foram sondados os conhecimentos e motivação da mesma sobre a temática, uma vez que, o resultado da intervenção está dependente da participação e envolvimento da equipa. Este instrumento de diagnóstico também foi utilizado para obter uma caracterização sociodemográfica da equipa de enfermagem.

Após aplicação do questionário percebemos que seria importante para o serviço construir uma norma de orientação clínica para o cuidado de enfermagem na pessoa com monitorização PIC, que sirva como ferramenta de apoio para a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com esse tipo de monitorização, pois não existia no serviço nenhum documento sobre essa temática.

Foi proposto o tema ao Enfermeiro Supervisor Clínico, Enfermeiro Gestor da UCI e ao Professor Orientador, tendo-se obtido aprovação e validação por todos.

De seguida, explanamos os dados obtidos com a aplicação do questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Diagnóstico de Situação (Apêndice 2). O questionário foi aplicado a toda a equipa de enfermagem.

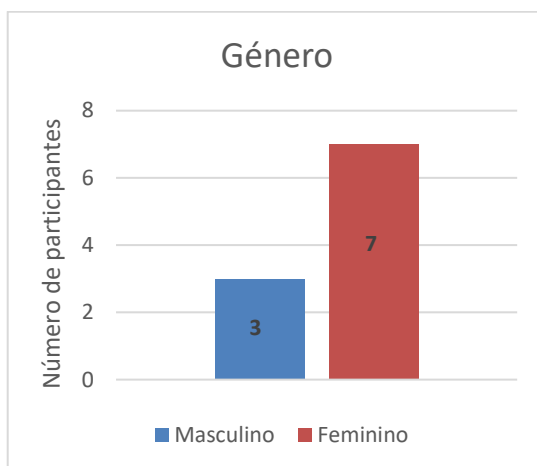


Gráfico 1 – Género dos participantes.
Fonte: o Próprio

Tal como podemos verificar, a nossa amostra é constituída maioritariamente por mulheres.

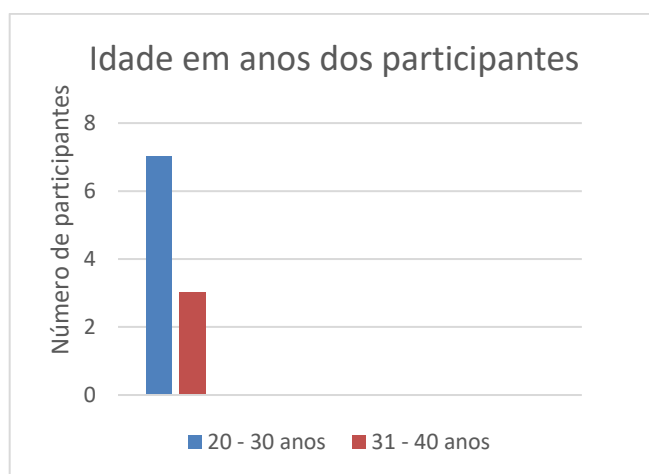


Gráfico 2 – Idade dos participantes.
Fonte: o Próprio

Após análise do gráfico, constatamos que 100% da equipa de enfermagem tem idade inferior a 40 anos.

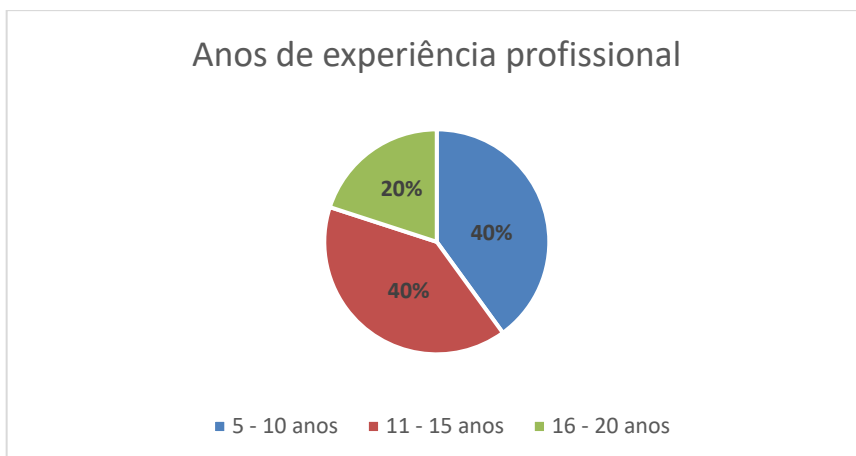


Gráfico 3 - Anos de experiência profissional dos interrogados.
Fonte: o Próprio

Tal como verificamos, após análise do gráfico, metade da equipa de enfermagem exerce funções há mais de 10 anos, sendo que, os restantes elementos exercem funções há mais de 5 anos.

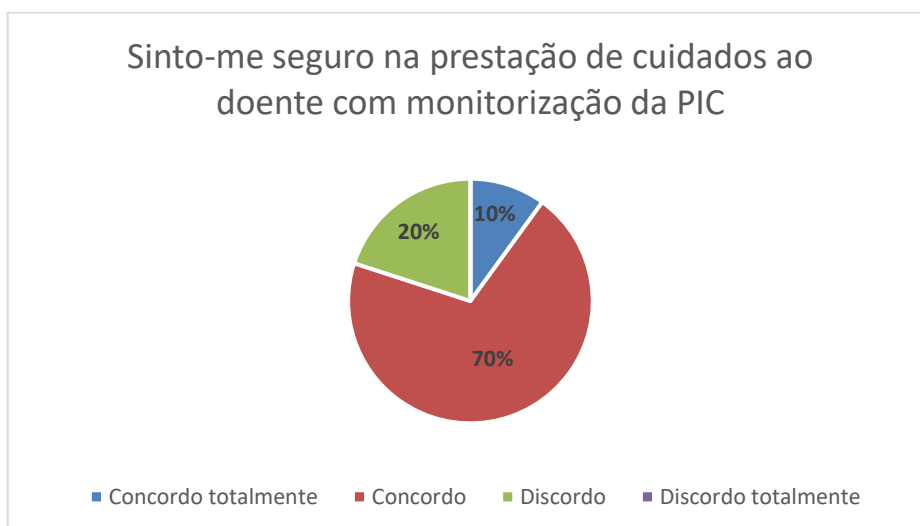


Gráfico 4 - Sensação de segurança dos interrogados, na prestação de cuidados à pessoa com monitorização da PIC.
Fonte: o Próprio

Relativamente à questão sobre a sensação de segurança dos interrogados relativamente à prestação de cuidados à pessoa com monitorização da PIC, em 10, 2 referiram não se sentirem seguros, reforçando assim a necessidade de abordar esta temática.

Pertinência da elaboração de uma norma de orientação clínica para o cuidado de enfermagem à pessoa com monitorização da PIC

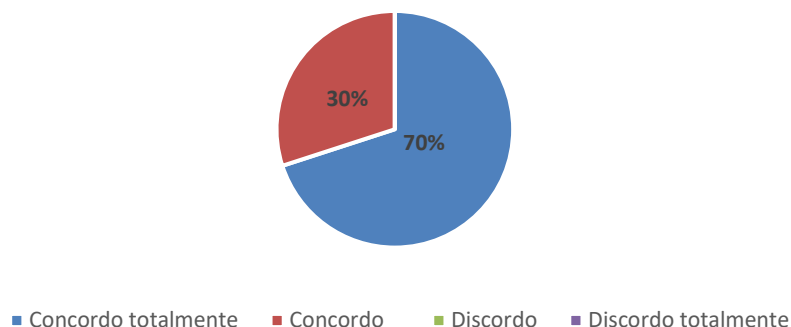


Gráfico 5 - Opinião dos interrogados sobre a pertinência de uma norma de orientação clínica.
Fonte: o Próprio

Após análise do gráfico, verificamos que a equipa achou que a criação de uma norma de orientação clínica era pertinente.

Para aprofundar o diagnóstico de situação e delinear o PIP foi essencial conhecer e recolher dados importantes sobre o ambiente interno e externo, identificando as forças (*strengths*), fraquezas (*weaknesses*), oportunidades (*opportunities*) e ameaças (*threats*). Assim, realizou-se uma análise SWOT (Quadro 1) que permitiu conhecer de forma global o contexto e os desafios à implementação deste projeto.

FORÇAS	FRAQUEZAS
✓ Apoio do Enfermeiro Supervisor Clínico, Enfermeiro Chefe e Professor Orientador; ✓ Aceitação e colaboração de toda a equipa; ✓ Interesse pessoal na área e motivação; ✓ Inexistência de uma Norma de atuação de enfermagem no cuidado à pessoa com monitorização da PIC; ✓ Promoção da prática baseada na evidência.	✗ Resistência de alguns profissionais à mudança.
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
✓ Importância do papel do enfermeiro no cuidado à pessoa com monitorização da PIC; ✓ Reconhecimento da importância do desenvolvimento da necessidade identificada; ✓ Desenvolvimento de padrões de qualidade e boas práticas.	✗ Pouca evidência do tema em investigação.

Quadro 1 - Análise SWOT | Fonte: o Próprio

2.3.2 Definição de objetivos

Após identificar o problema e, de forma a planejar as atividades a desenvolver é essencial delinear os objetivos a atingir num determinado espaço de tempo (Imperatori & Giraldes, 1993).

Mão de Ferro (1999), acrescenta que os objetivos identificam os resultados que se pretende alcançar, dividindo-os em objetivo geral, este mais abrangente e que expõe o propósito a atingir, e em objetivos específicos que têm origem no objetivo geral, mas são menos complexos, mais concretos e mais precisos.

Deste modo, considerando o diagnóstico de situação elaborado, definimos como objetivo geral: promover uma abordagem padronizada e estruturada na abordagem à pessoa com monitorização da PIC.

No sentido de alcançar o objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Mapear a evidência mais recente sobre a intervenção do enfermeiro na pessoa com monitorização da PIC;
- Otimizar a intervenção de enfermagem na pessoa com Monitorização da PIC;
- Garantir a segurança da pessoa com Monitorização da PIC.

2.3.3 Planeamento e Execução

A etapa do planeamento corresponde à elaboração de um esboço do projeto, onde são definidas as estratégias, atividades a desenvolver e planificação das mesmas, e levantamento dos recursos necessários. Esta fase assenta nos objetivos delineados e permite determinar as linhas de ação, identificar potenciais limitações e recursos, e programar as tarefas, com respetiva calendarização, através da elaboração de um cronograma do projeto (Ruivo et al., 2010).

No planeamento da atividade deve-se especificar onde, quando e como as atividades que integram o projeto se devem concretizar, assim como, a identificação do responsável pela sua execução (Imperatori & Giraldes, 1993).

A execução é a quarta fase do projeto, que corresponde à etapa de concretização, isto é, onde se coloca o que foi planeado. Esta etapa inclui a recolha de dados e consulta de documentos que permitam o desenvolvimento de competências, possibilitando a resolução da problemática identificada (Ruivo et al., 2010).

Uma vez que, existe uma evidente interligação das etapas supracitadas, optamos pela descrição conjunta das mesmas.

Em paralelo, e de acordo com a fase da metodologia de projeto referida, foi elaborado um cronograma (Apêndice 3), no sentido de efetuar uma calendarização das atividades a desenvolver. A elaboração do mesmo contemplou as fases de planeamento, execução e avaliação, que tiveram uma duração de 3 meses.

O contexto clínico em que foi desenvolvido o projeto foi a UCI, sendo que a população-alvo de intervenção foi a equipa de enfermagem desse serviço. Ressalvamos que o desenvolvimento deste projeto de intervenção não originou acréscimo de custos para o serviço ou para a instituição, ou recursos específicos.

Em conformidade com os objetivos descritos no ponto 2.4, foi realizada a descrição das atividades e estratégias desenvolvidas, e dos recursos materiais e humanos necessários para atingir cada objetivo específico.

Objetivo específico 1 – Mapear a evidência mais recente sobre a intervenção do enfermeiro na pessoa com monitorização da PIC.

Atividades delineadas:

- Consulta de *guidelines* acerca dos cuidados de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC;
- Definição da questão de investigação;
- Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas acerca dos cuidados de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC;
- Seleção dos artigos;
- Análise crítica dos resultados obtidos;
- Discussão dos resultados obtidos;
- Elaboração de uma *scoping review* intitulada de O cuidado especializado de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC.

Recursos materiais: Computador, internet e bibliografia diversa.

Recursos humanos: Professor Orientador.

De forma a atingir este objetivo, e também como forma dar resposta ao trabalho solicitado na UC do Estágio final, foi realizada uma *scoping review* intitulada de O cuidado especializado de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC (Apêndice 4). Uma *scoping review* é

caracterizada por efetuar um mapeamento prévio da evidência existente sobre um determinado assunto (Apóstolo, 2017).

Para a formulação da questão de pesquisa recorreu-se ao formato PCC (População, conceito, contexto), tendo-se definido a seguinte pergunta: Quais as evidências disponíveis acerca da intervenção do enfermeiro à pessoa com Monitorização da Pressão Intracraniana, em unidades de cuidados intensivos?

A pesquisa foi efetuada com recurso a várias bases de dados científicas, acedeu-se ao motor de busca *EBSCOHost Research Databases* através da área reservada disponível no site da Ordem dos Enfermeiros e selecionaram-se as bases de dados: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *CochraneCentral Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *MedicLatina*.

A pesquisa incluiu a combinação dos descritores com os seguintes operadores booleanos: (Nursing care OR nursing interventions OR nursing) AND (monitoring intracranial pressure OR intracranial hypertension OR intracranial pressure OR brain injury OR traumatic brain injury).

A pesquisa gerou 6251 resultados. Foram introduzidos os critérios de inclusão texto integral, literatura publicada entre janeiro de 2012 e novembro de 2022 e pessoas com mais de 18 anos de idade, que abordasse a monitorização e gestão da PIC como intervenção de enfermagem. Com a aplicação dos critérios de inclusão foram removidos 5495 resultados. Os 756 resultados remanescentes foram aceites para leitura de título e foram selecionados 62 artigos. Após leitura do resumo foram excluídos 19 artigos por não se enquadrarem na temática, ficando com 43 artigos. Após análise do texto integral foram excluídos 36 artigos, ficando selecionados 7. A pesquisa foi realizada durante o mês de novembro de 2022.

De seguida encontra-se a Figura 1, que exemplifica os passos da metodologia de pesquisa que foram assumidos no presente trabalho.

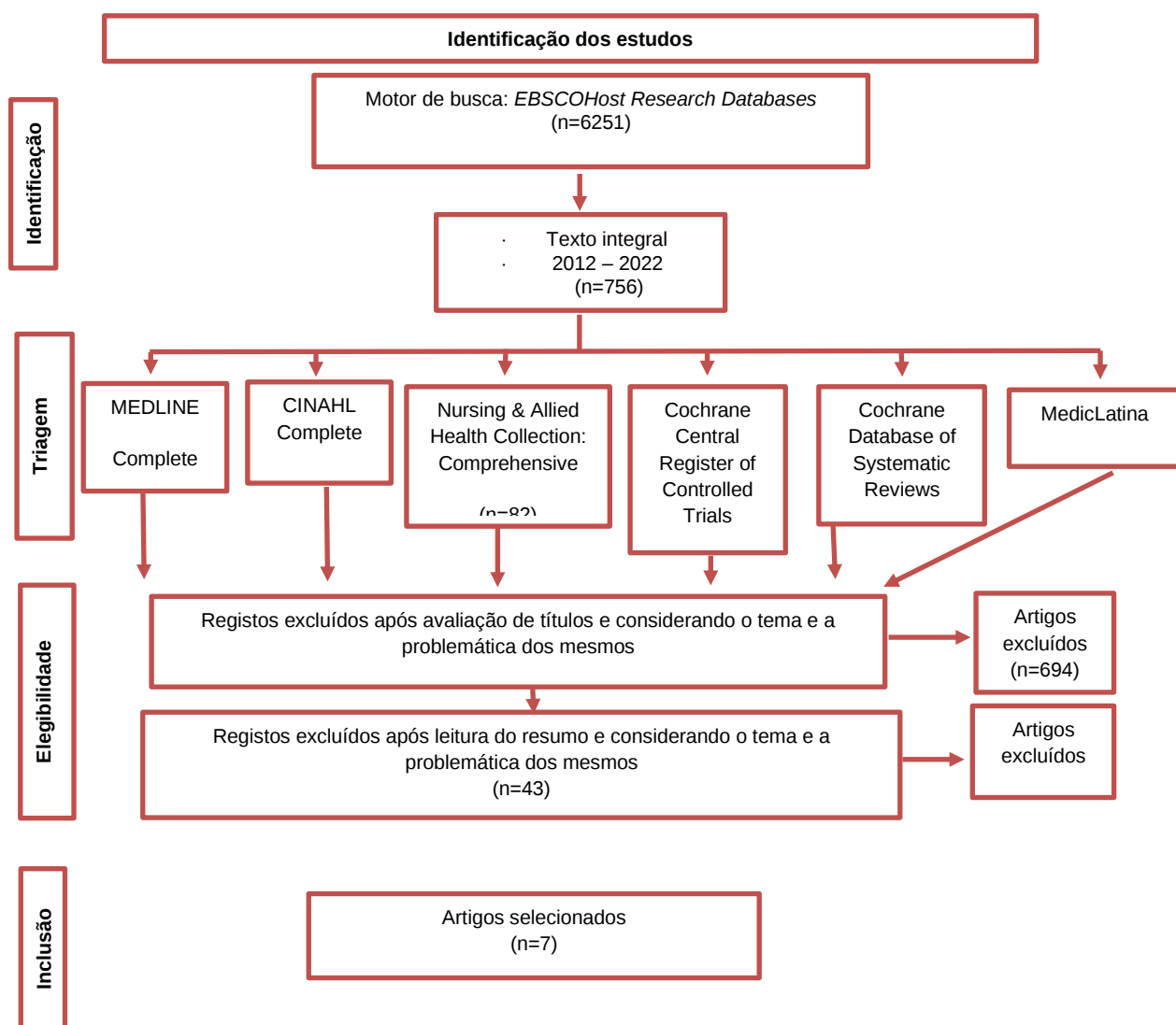


Figura 1 – Fluxograma utilizado para seleção de estudos | Fonte: o Próprio

Objetivo específico 2 – Otimizar a intervenção de enfermagem na pessoa com Monitorização da PIC.

Atividade delineada:

- Elaboração de uma proposta de Norma de atuação de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC;
- Discussão da proposta de Norma com o Enfermeiro Supervisor Clínico, o Enfermeiro Chefe;
- Discussão da proposta de Norma com o Professor Orientador;
- Construção da versão final da Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC, para a mesma ser apresentada e discutida com a equipa de enfermagem.

Recursos materiais: Computador, internet e bibliografia diversa.

Recursos humanos: Professor Orientador, Enfermeiro Supervisor Clínico e Enfermeiro Chefe.

Para atingir o objetivo referido, foi elaborada uma proposta de Norma de intervenção de enfermagem no paciente com monitorização da PIC, que foi revista e discutida com o Enfermeiro Supervisor Clínico, o Enfermeiro Chefe da UCI e o Professor Orientador e, após algumas sugestões e reformulações, deu origem à versão final da Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC (Apêndice 5). O termo “paciente” foi utilizado a pedido da instituição por ser a nomenclatura utilizada na instituição.

Objetivo específico 3 – Garantir a segurança da pessoa com Monitorização da PIC.

Atividades delineadas:

- Elaboração da apresentação que deu suporte à sessão formativa para divulgação da Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC;
- Realizar a ação formativa para apresentação e discussão da proposta de Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC;
- Divulgar e apresentar a Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC;
- Introdução da Norma na plataforma Risi.

Recursos matérias: Computador, internet e projetor multimédia.

Recursos humanos: Professor Orientador, Enfermeiro Supervisor Clínico, Enfermeiro Chefe e Equipa de enfermagem da UCI.

Como meio de atingir o objetivo supracitado foi realizada uma sessão formativa para divulgação da Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC, no dia 19 de janeiro de 2023 às 15h, com a duração prevista de 60 minutos, já incluindo o período de discussão. A sessão foi divulgada para a equipa de enfermagem da UCI, via email e por publicação no grupo que a equipa de enfermagem partilha na aplicação *WhatsApp*. Esta divulgação permitiu que os formandos tivessem conhecimento da formação antecipadamente, o que promoveu a motivação para a participação na mesma.

Para a abordagem do tema da sessão formativa foram utilizados o método de aprendizagem expositivo e o método de aprendizagem participativo. Apesar de se considerar que o método expositivo se baseia numa pedagogia autoritária e numa criação “bancária do

saber” (Freire, 1987), e por isso não ser o método de eleição para o processo de aprendizagem, o seu uso foi apenas para transmitir um conjunto de conceitos. Relativamente à utilização do método de aprendizagem participativo, pretendeu-se com este estimular os formandos a participarem ativamente, e que se sentissem incluídos, de forma a atuarem como intervenientes ativos.

A sessão formativa foi realizada na modalidade *b-learning*, ou seja, foi realizada em formato presencial na sala de reuniões da UCI e transmitida pela aplicação *Zoom*, onde o formando pôde acompanhar o *slide show* da sessão através da projeção do suporte didático no ecrã do seu computador, com recurso ao seu navegador *web*.

Enquanto suporte didático da apresentação da sessão formativa seleccionei o *software PowerPoint*. Esta escolha prendeu-se com o facto de me sentir familiarizada com a sua utilização e de permitir uma variedade de modelos, tornando-se uma apresentação adequada e agradável para realizar à distância.

Foi atribuído a cada enfermeiro o certificado de participação fornecido pelo hospital, onde foi atestada a sua presença.

A Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC ficou disponível na plataforma de consulta de normas e protocolos da instituição, intitulada de Risi.

2.3.4 Avaliação

Na fase final de um projeto de Intervenção, a avaliação assume um papel determinante, uma vez que esta confronta os objetivos definidos inicialmente, com os objetivos atingidos e os respetivos resultados (Ruivo et al., 2010).

Para Abelho (2014) o ato de avaliar visa analisar de forma sistemática a experiência, com a finalidade de aprimorar uma atividade em curso para um planeamento mais eficaz, tornando-se indispensável determinar a utilidade das intervenções adotadas. Assim, e enquanto processo dinâmico, tenciona-se comparar com um modelo ou um padrão, para perceber se existe concordância ou afastamento, de forma a alcançar a finalidade operacional (Imperatori & Giraldes, 1993).

No seguimento, realizamos a análise das atividades desenvolvidas e a avaliação dos objetivos delineados e respetivos indicadores de avaliação.

Objetivo específico 1 – Mapear a evidência mais recente sobre a intervenção do enfermeiro na pessoa com monitorização da PIC.

Indicador de avaliação: Elaboração de uma *scoping review* intitulada de O cuidado especializado de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC.

As atividades delineadas descritas no ponto 2.5, viabilizaram a elaboração de uma *scoping review* intitulada de “O cuidado especializado de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC”.

Face ao exposto, consideramos ter atingido o objetivo supracitado.

Objetivo específico 2 – Otimizar a intervenção de enfermagem na pessoa com Monitorização da PIC.

Indicador de avaliação: Construção da versão final da Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC, aprovada e validada pelo Professor Orientador e pelo Enfermeiro Chefe da UCI.

As atividades delineadas descritas no ponto 2.5, viabilizaram a Construção da versão final da Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC, aprovada e validada pelo Professor Orientador e pelo Enfermeiro Chefe da UCI.

Assim, consideramos ter alcançado o objetivo supracitado.

Objetivo específico 3 – Garantir a segurança da pessoa com Monitorização da PIC.

Indicador de avaliação: Divulgar e apresentar a Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC, a pelo menos 50% dos enfermeiros da UCI.

As atividades delineadas descritas no ponto 2.5, viabilizaram a divulgação e apresentação da Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC, a pelo menos 80% dos enfermeiros da UCI, contribuindo para isso o facto da sessão formativa ter sido realizada na modalidade *b-learning*, o que permitiu aos enfermeiros que não puderam assistir presencialmente, assistir com recurso à aplicação *Zoom*.

A apresentação da Norma ficou disponível na pasta dos documentos da formação em serviço, para consulta sempre que necessário e, a Norma foi introduzida na plataforma de consulta de normas e protocolos da instituição, intitulada de Risi.

Visando a recolha de dados para avaliação, foi aplicado aos formandos o questionário de avaliação da sessão formativa em serviço vigente no serviço (Apêndice 6). Através da análise dos resultados desse questionário, podemos concluir que a avaliação realizada pelos formandos foi bastante positiva, como é possível verificar na Tabela 1, onde se encontram

resumidas as opiniões dos formandos, tendo obtido a classificação de “bom” e “muito bom” em todos os itens.

Apreciação global da sessão formativa	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom
1. As suas expectativas em relação à sessão formativa foram satisfeitas.			75%	25%
2. Os objetivos da sessão formativa foram atingidos.			10%	90%
3. A temática apresentada correspondeu às suas expectativas.			10%	90%
4. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			78%	22%
5. A teoria foi relacionada com a prática.			11%	89%
6. O formador utilizou uma linguagem clara e objetiva na sua apresentação.				100%
7. A duração da sessão formativa foi adequada.				100%
8. O horário da sessão formativa foi adequado.				100%

Tabela 1 – Resumo da apreciação da sessão formativa.
Fonte: o Próprio

Assim, considerados ter atingido o objetivo supracitado.

A limitação temporal deste estágio, não permite realizar uma avaliação da mudança de comportamentos após a realização da formação, pelo que se prevê que de 6 em 6 meses sejam realizadas auditorias à pessoa com monitorização da PIC, sob responsabilidade do Enfermeiro chefe da UCI, para verificação da aplicação da Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento do conhecimento em qualquer disciplina requer a execução prática das aprendizagens adquiridas com recurso à produção de investigações e estudos científicos.

Os enfermeiros obtêm o conhecimento clínico e a experiência durante o seu percurso, uma vez que este resulta da associação dos conhecimentos teóricos com os conhecimentos práticos. Deste modo, o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos é resultado de um processo gradual, com aperfeiçoamento dos níveis de eficácia, onde o enfermeiro adquire capacidade para analisar o cenário de uma forma global e não numa compilação de situações, decorrentes do *Know how* adquirido pela experiência (Benner, 2001). Assim, assumimos que a aquisição de competências por parte do Enfermeiro Especialista não advém só de conhecimentos adquiridos na formação teórica, mas da junção de elementos de ordem técnica, científica e humana adquiridos também na prática de cuidados, pelo que o contexto clínico representa um fator determinante no desenvolvimento gradual da sua capacidade de aplicar os conhecimentos.

Nesse seguimento, torna-se essencial efetuar uma reflexão relativamente às competências desenvolvidas no decorrer dos estágios, que possibilitaram a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC, e das competências de mestre.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, a OE atribui o conjunto de competências especializadas do enfermeiro ao aperfeiçoamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo que estas dão origem às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às competências específicas de cada área de especialidade. Por sua vez, o Regulamento n.º 429/2018 (p. 19360), refere que “os cuidados especializados em EMC exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos cuidados”. O Enfermeiro Especialista em EMC, que possui experiência acrescida e um elevado conhecimento, torna-se capacitado para tomar decisões relacionadas com a prevenção da doença, complicações e situações adversas, assim como, a promoção da saúde, nos diferentes contextos de atividade (Regulamento n.º 429/2018).

Uma vez que, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista se desenvolve na prática de cuidados, a sua formação deve possibilitar condições que favoreçam o seu desenvolvimento. Por esse motivo, na seleção dos locais de estágio, perspetivou-se que estes fossem locais ricos em aprendizagens e, que permitissem desenvolver competências relativas à intervenção do Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC.

Ainda que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências tenha tido início com a frequência no Curso de Mestrado em Enfermagem, podemos afirmar que os contextos de prática clínica onde foram realizados os estágios facilitaram a aprendizagem e, principalmente, o desenvolvimento de competências, nomeadamente das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área da PSC e, das competências de mestre.

Neste capítulo procuramos elaborar uma descrição, análise e reflexão sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área da PSC e, das competências de mestre, indo de encontro ao previamente planeado nos projetos do Estágio 1 e Estágio Final, realizados em contexto de SUP e em contexto de UCI, respetivamente.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com o definido pela OE, as competências comuns do Enfermeiro Especialista são as "competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (...), demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Os domínios onde se incluem as competências comuns do Enfermeiro Especialista são: a responsabilidade profissional, ética e legal (A); a melhoria contínua da qualidade (B); a gestão dos cuidados (C); o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

O Mestrado em Enfermagem é apresentado por cinco instituições de ensino em associação, segundo os ramos das Especialidades de Enfermagem, com o objetivo de "proporcionar formação e qualificação de alto nível, num desenvolvimento curricular de cursos adequados às necessidades da sociedade, para públicos diferenciados, em momentos vários dos percursos académico e profissional, promovendo e realizando investigação e fomentando o desenvolvimento tecnológico" (UE, 2015 p. 26). Deste modo, assegura-se que o estudante

demonstre competências nas dimensões técnica, científica, humana e cultural. Assim o Mestre em Enfermagem:

1. “Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
 3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
 4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
 5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
 6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
 7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p. 26).

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Domínio A – Responsabilidade profissional, ética e legal

A1- “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”;

A2- “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Competências de Mestre em Enfermagem

N.º3 – “Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (UE, 2015, p. 26).

Segundo o REPE,

“o enfermeiro assume o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega; proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...)” (OE, 2015, p. 81).

O respeito pelos valores, princípios e normas deontológicas próprias da profissão e descritas no Código Deontológico do Enfermeiro regem o exercício da profissão. Ao longo dos estágios, foi imperativo, decidir e agir em defesa pela liberdade e dignidade da pessoa e, pelos direitos humanos fundamentais.

Enquanto profissão autorregulada, considerando a Artigo 102 do Código Deontológico do Enfermeiro, presente na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, é obrigação do enfermeiro “Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa”, assim como, “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (p. 8079), deste modo, durante a prestação de cuidados tornou-se uma prioridade, envolver a pessoa na tomada de decisão.

A aquisição e o desenvolvimento de competências neste domínio exigiu a análise dos vários documentos que ordenam o enquadramento ético e legal da profissão de enfermagem, em particular, o REPE, a Deontologia Profissional de Enfermagem, a Convenção Europeia dos Direitos Humanos, a Convenção para a proteção dos Direitos do Homem e da biomedicina e a Lei de bases da saúde, assim como, a revisão e mobilização dos conteúdos abordados na UC “Epistemologia, ética e direito em enfermagem”, de forma a desenvolver o juízo crítico na tomada de decisão, articulando a teoria com a prática. Também o trabalho realizado nessa UC, intitulado de “O utente incapaz de consentir e a transmissão de informação” possibilitou melhorar a reflexão e a capacidade de agir perante esses dilemas. Também a UC “Relação de ajuda em enfermagem” permitiu adquirir o desenvolvimento de estratégias de comunicação essenciais para a prestação de cuidados às pessoas cuja capacidade de comunicar a sua vontade é limitada assim como, às suas famílias, com o objetivo de respeitar a vontade das mesmas.

A OE (2015), afirma que a humanização dos cuidados se estabelece quando se associam tarefas personalizadas às intervenções técnicas e, se desenvolve uma relação de confiança e empatia com o doente. No SUP, existe uma norma que determina que sempre que um doente é admitido na sala de emergência, independentemente do seu estado de consciência, são retirados todos os seus bens (desde telemóvel a roupa e próteses dentárias). Esse procedimento, fez-me questionar algumas vezes, se nas situações em que o doente está consciente, fará sentido, uma vez, que o doente perde o contacto com o mundo exterior e não pode comunicar com a sua família, além de que muitas vezes é sentido como um “roubo” á

sua identidade e privacidade. Uma vez que proporcionar o bem-estar dos doentes é intrínseco à nossa prática diária de cuidados e, que isso está incluído no processo de humanização contínua dos cuidados, estaremos a agir em conformidade quando prestamos cuidados aos outros de uma forma diferente daquela que gostaríamos que nos prestassem a nós?

Ainda em contexto de SUP, uma vez que uma parte dos doentes, por limitações dos recursos físicos, estavam deitados em macas ao longo dos corredores, foi constantemente refletido acerca da privacidade dos mesmos e, foram reforçadas as medidas que estavam ao nosso alcance para assegurar o direito à privacidade dos mesmos.

O enfermeiro envolve-se nos cuidados à pessoa, no seu percurso vital de finitude, vulnerabilidade e fragilidade (Nunes, 2011).

Tendo os contextos de estágio foco no doente crítico, as temáticas sobre o prolongamento da vida em situações de falência multiorgânica, a obstinação terapêutica e a responsabilidade do enfermeiro na proteção da dignidade humana, da qualidade de vida e da vida, foram abordados com alguma frequência, uma vez que é papel do enfermeiro promover um ambiente que respeite a dignidade da pessoa, família e comunidade, assumindo uma posição de educador entre os pares e a equipa multidisciplinar (Internacional Council of Nurses, 2012). Em contexto de UCI, surgiu diversas vezes o dilema da obstinação terapêutica, e a reflexão e discussão no seio da equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e inclusão das famílias, foram essenciais para o desenvolvimento das tomadas de decisão.

No decorrer dos estágios, o sigilo profissional e anonimato foram continuamente cumpridos, como forma de garantir as responsabilidades profissionais e o respeito pelos direitos humanos, assim como, o exercício de uma prática apoiada nos princípios éticos da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Também existiram diversos momentos de discussão, reflexão e partilha com os Enfermeiros supervisores clínicos, com a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar, tanto em contexto de SUP como em contexto de UCI, que também possibilitaram o desenvolvimento do juízo crítico na tomada de decisão e, que contribuíram para um enriquecimento profissional e pessoal.

No desenvolvimento do PIP, também foram considerados os princípios éticos da investigação, nomeadamente, “a relevância do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (...) em todas as fases do estudo” (Nunes, 2020a, p. 5-6).

Face ao exposto, consideramos que a nossa intervenção assentou no respeito pelos direitos humanos e pelos princípios e valores éticos, com valorização pela individualidade, dignidade, autonomia e liberdade das pessoas a quem prestamos cuidados, tendo adquirido as competências que integram o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Domínio B – Melhoria contínua da qualidade

B1- “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”;

B2- “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Competências de Mestre em Enfermagem

N. º2 – “Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência”;

N. º5 – “Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais”;

N. º6 – “Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular” (UE, 2015, p. 26).

A segurança e a qualidade nos sistemas de saúde são de responsabilidade multiprofissional e têm uma relação interdependente, ou seja, não é possível falarmos em segurança sem falarmos em qualidade, nem falarmos em qualidade sem falarmos em segurança (Fragata, 2010). A OE (2001) destaca que, “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (p. 6).

Avedis Donabedian conceptualizou a qualidade em saúde em termos teóricos e definiu-a como os cuidados de saúde que potenciam o bem-estar do doente, quando este analisa as perdas e os benefícios que sucederam de todo o processo de cuidados. Este autor assume a qualidade em saúde constituída por três dimensões, nomeadamente estrutura, processo e resultados e, determinou sete componentes da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que não existe uma definição de qualidade universal, mas sim conceitos básicos aceites transversalmente, reconhecendo como serviços de saúde de qualidade, os que fornecem cuidados de saúde eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no utente, seguros e equitativos (World Health Organization [WHO], 2006).

A base dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem foi definida pela OE em 2001, através da definição dos conceitos metapadigmáticos, saúde, pessoa, ambiente e

cuidados de enfermagem e, dos enunciados descritivos, satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem. Assim, no exercício da profissão e, com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem devem ser uma referência (OE, 2001).

A intervenção do Enfermeiro Especialista deve contemplar a procura pela melhoria contínua dos cuidados prestados com o objetivo de uma prestação de cuidados de excelência. Para isso, é necessário desenvolver uma evolução constante dos conhecimentos, para uma prática de cuidados baseada na evidência científica mais recente. Assim, em 2017 a OE concebe um referencial para a prática especializada com a elaboração dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, que visa a reflexão e criação de projetos de melhoria contínua da qualidade e, refere que

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (OE, 2017, s/p).

Com a intenção de desempenhar um papel ativo na promoção da qualidade, procurou-se observar as dinâmicas de funcionamento dos serviços onde foram realizados os estágios e respetivas instituições e, procedeu-se à consulta de documentos, normas e protocolos dos mesmos. Ao longo dos estágios, existiram momentos de reflexão perante os processos de gestão da prestação de cuidados, como forma de identificar estratégias de melhoria.

A aquisição e o desenvolvimento de competências neste domínio exigiram a análise dos vários documentos emanados pelo Ministério da Saúde, nomeadamente, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, bem como os concebidos pela OE, em particular, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A revisão e mobilização dos conteúdos abordados nas UC “Gestão em saúde e governação clínica” e “Políticas e modelos de cuidados de saúde” e os trabalhos desenvolvidos nas mesmas, “Acreditação e qualidade nos cuidados de saúde” e “Bismarck, Beveridge e o Modelo *Out-of-pocket* português”, foram igualmente importantes.

No decorrer dos estágios, proporcionamos a preservação de um ambiente seguro através da identificação de potenciais riscos para o doente com a aplicação de diversas

escalas, nomeadamente, a escala de Braden na avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, a escala de Morse na avaliação do risco de queda, a escala BPS (*Behavioral Pain Scale*) na avaliação da dor, e respetiva atuação. Foi também imperativo a realização de passagens de turno que possibilitassem uma transição de cuidados de saúde segura com recurso à metodologia ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Recomendações) e, registos de enfermagem completos e claros, com a finalidade de impedir perdas de informação clínica e consequente risco para o doente.

Em referência à prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), como indicador da qualidade dos cuidados, foi realizado, em contexto do Estágio 1 que decorreu num SUP, uma *scoping review*, intitulada de “A implementação do Feixe de Intervenções na diminuição da infeção do local cirúrgico” (Apêndice 7) que sustentou a sessão formativa realizada no mesmo contexto, com o tema “Prevenção da infeção do local cirúrgico em contexto de urgência – Cuidados pré-operatórios”.

A prestação de cuidados à PSC é considerada por Benner et al. (2011) de elevada complexidade, tanto pelo elevado nível de criticidade que é exigido no cuidado a este tipo de doentes, com resposta eficazes e adequadas às frequentes alterações da sua situação clínica como, pelo contexto altamente tecnológico. Nessa linha de pensamento, no desenvolvimento das competências deste domínio, destaca-se a elaboração do PIP no contexto do Estágio final realizado na UCI que, teve como objetivo geral promover uma abordagem padronizada e estruturada na abordagem ao doente com monitorização da PIC. Para a elaboração do mesmo foi mapeada a evidência mais recente sobre a intervenção do enfermeiro na pessoa com monitorização da PIC através da realização de uma *scoping review* intitulada de “O cuidado especializado de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC”, que sustentou a elaboração da Norma – “Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC” como forma de otimizar a intervenção de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC. A realização de uma sessão formativa para apresentar e divulgar a Norma à equipa de enfermagem e, a introdução da mesma na plataforma de consulta de normas e protocolos da instituição, contribuíram para a promoção da segurança do doente com monitorização da PIC e, consequentemente para uma prestação de cuidados segura.

Assim, entendemos terem sido adquiridas e desenvolvidas as competências relativas ao domínio da melhoria contínua da qualidade.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Domínio C – Gestão dos cuidados

C1- “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”;

C2- “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Competências de Mestre em Enfermagem

N.º1 – “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada” (UE, 2015, p. 26).

A intervenção do Enfermeiro Especialista começa com uma avaliação das necessidades específicas da cada pessoa. Através dessa avaliação, o Enfermeiro Especialista é capaz de identificar diagnósticos e, elaborar e implementar planos de cuidados que vão sendo avaliados e adaptados às necessidades da pessoa, ao longo do seu percurso. No decorrer dos estágios, de modo a otimizar a resposta de enfermagem e das equipas de saúde, foi desenvolvido o processo de uma gestão adequada dos cuidados prestados, assim como, a capacidade de tomada de decisão. Uma vez que o enfermeiro deve deter competências na área da gestão dos cuidados, o seu exercício profissional contempla a definição de prioridades e consequente organização dos cuidados, em particular na PSC.

A liderança é vista por Sobrinho et al. (2018) como “uma influência interpessoal exercida numa dada situação e dirigida através do processo de comunicação humana para a consecução de um ou mais objetivos específicos” (Sobrinho et al., 2018, p. 700). Esta, de extrema importância em todas as organizações humanas, caracteriza-se pela vontade de controlar as situações, a sabedoria de indicar as direções e, a habilidade de encaminhar as pessoas à realização das suas tarefas, com recurso a habilidades e capacidades de outras pessoas (Chiavenato, 2014). Assim, o líder deve ter conhecimento dos interesses e capacidades de cada elemento da equipa em particular, criar vínculos com a equipa que lidera e, estimular o trabalho em equipa, a criatividade e momentos de discussão e partilha, proporcionando o envolvimento da mesma nos processos de decisão (Sobrinho et al., 2018). Neste seguimento, quando o enfermeiro coordena uma determinada situação, levando os outros a desenvolver uma determinada função, encontrar-se-á a liderar.

No decorrer dos estágios, e uma vez que ambos os Enfermeiros Supervisores Clínicos assumiram em várias situações, funções de gestores e consequentemente líderes, foi

possível observar os diferentes estilos de liderança adotados pelos mesmos e identificar os pressupostos que devem ser considerados na liderança de uma equipa, possibilitando-nos momentos de reflexão e análise sobre as dificuldades associadas a estas funções.

Para Benner et al. (2011), o enfermeiro deve ter a capacidade de avaliar a prestação dos cuidados prestados e comunicar com a equipa, como forma de desenvolver as habilidades de liderança e estratégias educacionais.

A aquisição e o desenvolvimento de competências neste domínio iniciaram-se há alguns anos, no decorrer do meu percurso como enfermeira generalista no serviço onde exerço funções, uma vez que assumo a função de responsável de turno e, mais recentemente, com a função de substituição do Enfermeiro gestor, onde estão inerentes as seguintes competências:

- Coordenar as intervenções da equipa de enfermagem na prestação de cuidados aos doentes, para que a assistência seja eficaz e eficiente;
- Garantir a substituição de enfermeiros e assistentes operacionais, perante o absentismo;
- Supervisionar as assistentes operacionais no desempenho das suas funções;
- Gerir conflitos na equipa multidisciplinar;
- Gestão dos recursos humanos existentes de acordo com as necessidades dos doentes e do serviço e, ainda, de acordo com as alterações significativas e mensuráveis do estado clínico dos doentes;
- Incentivar a dinâmica de espírito de entreajuda entre os elementos da equipa;
- Verificar as condições de funcionamento dos equipamentos;
- Controlar os níveis de stock, quer de terapêutica, bem como de dispositivos médicos e outros materiais;
- Elaborar os horários dos enfermeiros e dos assistentes operacionais.

Também os conteúdos lecionados na UC “Gestão em saúde e governação clínica”, assim como o trabalho realizado para essa UC intitulado de “Acreditação e qualidade nos cuidados de saúde”, deram um contributo essencial para a aquisição e desenvolvimento de competências neste domínio.

Ao longo do Estágio 1, desenvolvido em contexto de SUP, a Enfermeira Supervisora Clínica era designada a “Chefe de equipa” de uma das 5 equipas do serviço, assim, foi-nos possível observar e colaborar nas funções inerentes à coordenação e gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais e de prioridades do serviço.

No decorrer do Estágio final, desenvolvido em contexto de UCI, o Enfermeiro Supervisor Clínico acumulava funções de gestão, o que também nos permitiu observar e colaborar nas mesmas. Ao Enfermeiro Gestor são atribuídas responsabilidades de liderança que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso a projetos de melhoria

da qualidade ou, até mesmo, como elemento central dos diversos departamentos que trabalham para a promoção de conhecimentos seguros, ambientes seguros e práticas seguras. O enfermeiro gestor tem o dever de analisar de forma estratégica, desenvolver o trabalho em equipa eficaz, gerir os imprevistos e valorizar os cuidados de enfermagem prestados (Guerra, 2016).

Numa UCI a atuação de um líder “reside na utilização do conhecimento teórico, filosófico e científico que possibilita escolhas técnicas sustentadas pela ética e bioética. (...) utiliza uma abordagem multifacetada incorporando bases técnicas, emocionais, gerenciais, psicossociais, além de habilidades cognitivas e de liderança” (Gelbcke et al., 2009, p. 137). A dimensão do enfermeiro que desempenha as funções de “chefe de equipa” é notória particularmente em situações críticas que requerem uma tomada de decisão rápida e eficaz.

Tanto a Enfermeira Supervisora Clínica do Estágio 1, como o Enfermeiro Supervisor Clínico do Estágio final eram reconhecidos no seio da equipa de enfermagem e, até da equipa multidisciplinar, como uma referência, não só pela ampla experiência na área da PSC, como pela solicitação frequente por parte dos elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar, no esclarecimento de questões, na resolução de problemas e colaboração em situações mais complicadas. Os líderes formais são aqueles que são nomeados de forma formal para desempenhar funções de liderança, e os líderes informais são aqueles que demonstram habilitação, através dos seus conhecimentos e experiência, para influenciar e intervir (Benner, 2001). Exemplo de líderes informais, são os enfermeiros peritos e os enfermeiros orientadores.

A reflexão frequente sobre os cuidados prestados, a observação e reflexão sobre as formas de liderança e coordenação da equipa prestadora de cuidados e, a análise crítica das mesmas foram fundamentais para a aquisição e o desenvolvimento das competências no domínio da gestão de cuidados.

Face ao exposto e, apesar de não termos exercido funções de liderança e gestão de forma autónoma nos contextos de estágio, podemos considerar que as competências acima referidas foram alcançadas.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Domínio D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1- “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”;

D2- “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Competências de Mestre em Enfermagem

N.º 2 – “Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência” (UE, 2015, p. 26).

No decorrer dos estágios, surgiram diversas oportunidades de autoconhecimento. Através da percepção das minhas características pessoais, fragilidades e potencialidades, trabalhei para tomar consciência de mim mesma, procedendo de forma assertiva e fomentadora do desenvolvimento profissional e pessoal. Com base nos conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado, conjuntamente com a frequente realização de pesquisa bibliográfica baseada na evidência científica mais recente e, o suporte e conhecimento do Professor Orientador, dos Enfermeiros Supervisores Clínicos e dos restantes enfermeiros com quem tive o privilégio de me cruzar, foram realizados momentos de reflexão e debate que deram origem ao desenvolvimento de competências no exercício de uma prática de cuidados especializada e assertiva. Assim, a reflexão crítica sobre comportamentos e atitudes pessoais relacionados com a prestação de cuidados especializados, bem como acerca dos limites pessoais e profissionais, foi essencial para a aquisição e desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A OE, refere que a Enfermagem, enquanto disciplina, “necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação” (OE, 2006, p. 1). Nesse seguimento, a investigação em enfermagem facilita a aquisição de conhecimentos que proporcionam uma prática baseada na evidência e, conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados prestados e dos resultados em saúde. Assim, a investigação em enfermagem assume um contributo importante para o exercício da prática de enfermagem, relativamente à “identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza indutiva e concomitantemente na validação desses saberes, através de processos de natureza dedutiva” e, dessa forma “evoluirmos para uma efectiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência” (OE, 2006, p. 2).

A revisão e mobilização dos conteúdos abordados na UC “Investigação em Enfermagem” e a revisão da literatura elaborada nesse âmbito intitulada de “Qualidade em saúde e Acreditação”, foram de extrema importância para a obtenção e consolidação de conceitos que se revelaram essenciais na aquisição e desenvolvimento de competências neste domínio.

Realçamos que, no decorrer dos estágios, foi elaborada uma *scoping review* intitulada de “A implementação do Feixe de Intervenções na diminuição da infeção do local cirúrgico” que sustentou uma formação em serviço realizada no final do Estágio 1, com o tema “Prevenção

da infecção do local cirúrgico em contexto de urgência – Cuidados pré-operatórios” e, no Estágio final uma *scoping review* intitulada de “O cuidado especializado de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC”, que sustentou a elaboração de uma Norma e sobre a qual foi realizada uma sessão formativa à equipa de enfermagem.

Assumindo que a aprendizagem integra um contínuo da vida profissional, que ao longo deste percurso do curso de mestrado e no contexto da nossa atividade profissional, foram identificadas necessidades formativas no serviço e foram realizadas diversas formações nesse sentido.

Enquanto enfermeira generalista a exercer funções no serviço de Cirurgia Geral e Urologia e como elemento dinamizador da consulta de Estomaterapia, participei, enquanto formadora, no *webinar* “Auto-estima: Imagem corporal do doente ostomizado”, realizado na unidade hospitalar onde exerço funções e, sou um dos elementos responsáveis pela criação e implementação do projeto “Elos de ligação em Estomaterapia entre a instituição hospitalar e a comunidade”, que tem como objetivo promover a articulação entre as unidades hospitalares, o Agrupamento de Centros de Saúde e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (integradas na área geográfica), contribuindo assim para a formação dos colegas.

A participação no IV Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: velhos desafios e novas oportunidades” (Anexo 1), com a apresentação de um poster intitulado de “Colheita, Preservação e Documentação de Vestígios nas Mulheres Vítimas de Violência Doméstica” elaborado no âmbito da UC “Enfermagem Médico-Cirúrgica 3”, assim como a participação, enquanto formanda, em vários *webinars* e formações, permitiu aprofundar os conhecimentos e suportar uma prática de cuidados sustentada na evidência mais recente.

Assim, entendemos terem sido adquiridas e desenvolvidas as competências relativas ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências específicas do Enfermeiro Especialista são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenções definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado

grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Considerando a abrangência da área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em 2018 a OE dividiu-a em quatro áreas distintas, nomeadamente, a área de enfermagem à pessoa em situação crítica, a área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, a área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e a área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 429/2018).

Neste caso particular, a área da nossa especialização remete-nos para a PSC. A OE, define a pessoa em situação crítica 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” e acrescenta que, “os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

No seguimento da realização deste Relatório final, neste subcapítulo abordaremos conjuntamente as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC e as competências de mestre em Enfermagem.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – A Pessoa em Situação Crítica

1 - “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

Competências de Mestre em Enfermagem

N. º1 – “Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área de especialidade”;

N. º4 – “Realiza o desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida”;

N. º7 – “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p. 26).

Segundo o regulamento de competências específicas da OE (2018, p. 19362),

“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo man-

ter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

De acordo com o mesmo regulamento, os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica

“exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018, p. 19363).

Neste seguimento, o Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, deve ter aptidão para mobilizar conhecimentos e múltiplas habilidades de forma a assegurar um cuidado adequado à situação em tempo útil e com uma visão holística, tendo em consideração a complexidade da pessoa/família/pessoas significativas em situação crítica (OE, 2018).

Benner et al. (2011) refere que o cuidado à pessoa e família em situação crítica requer dedicação e disponibilidade, sendo por isso essencial, que o enfermeiro seja detentor de um juízo clínico assertivo, competências adequadas e sapiência. Uma vez que, os serviços de medicina intensiva se tornaram altamente medicalizados e, o foco dos profissionais está voltado para a estabilização do doente que está em risco de vida, a atuação do enfermeiro deve prolongar-se à família ou pessoas significativas e na sua expressão de sentimentos como ansiedade, tristeza e medo da morte.

O processo de aquisição e desenvolvimento destas competências, iniciou-se com a frequência no curso de mestrado, com destaque para as UC “Enfermagem Médico-Cirúrgica 2”, “Enfermagem Médico-Cirúrgica 4” e “Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada”, onde adquirimos e consolidámos conhecimentos, assim como, com a elaboração do trabalho para a UC “Enfermagem Médico-Cirúrgica 2” subordinado ao tema “Utente com AVC submetido a ventilação invasiva: Estudo de caso”, que permitiu consolidar conhecimentos relacionados com a temática e, na UC “Enfermagem Médico-Cirúrgica 4” a implementação de metodologias interativas com a frequência nos cursos “*Basic Life Support (BLS)*” (Anexo 2), “*Advanced Life Support (ALS)*” (Anexo 3) e “*International Trauma Life Support (ITLS)*” (Anexo 4) promoveu um dinamismo que influenciou o processo de aprendizagem de forma positiva.

Desta forma, com a mobilização dos conhecimentos adquiridos, procuramos desenvolver uma abordagem sistematizada e priorizada na avaliação, vigilância e monitorização constante da PSC, atenta a possíveis focos de instabilidade e, evidenciar capacidades na identificação, prevenção e atuação em tempo útil, em situações de instabilidade ou da falência de multiorgânica.

A aquisição e o desenvolvimento destas competências, foram complementados com estudo contínuo e pesquisa da bibliografia mais recente e cientificamente validada, assim como, com a consulta de normas, protocolos e *guidelines* pertinentes, uma vez que as mesmas representam ferramentas valiosas no desenvolvimento da melhoria da qualidade do exercício da prática de enfermagem (Myaneh et al., 2020).

Ao longo dos estágios, realizados em contexto de SU e em contexto de UCI, executamos cuidados de enfermagem generalizados e, planeamos e implementámos cuidados de enfermagem especializados à PSC, nomeadamente: monitorização hemodinâmica não invasiva e monitorização hemodinâmica invasiva, ventilação não invasiva e ventilação mecânica invasiva, cuidados ao tubo endotraqueal e traqueostomia (na colocação, manutenção e remoção), preparação e gestão de oxigenoterapia de alto fluxo, aspiração de secreções e manutenção de via aérea permeável, colaboração na colocação de diversos dispositivos (cateter venoso central, cateter arterial e dreno torácico) e manutenção e remoção dos mesmos, realização e interpretação de gasimetrias arteriais, execução de vários posicionamentos (incluindo o decúbito ventral), gestão de terapias de substituição renal e realização de reanimação cardiopulmonar. Também tivemos oportunidade de aplicar protocolos terapêuticos complexos à PSC, tais como, analgesia de acordo com a escala e protocolo da dor, agitação e delírio, sedação e relaxamento nas intubações sequenciais rápidas, prevenção da infeção associada à ventilação, nutrição entérica e parentérica, insulinoaterapia, anticoagulação nas técnicas de substituição renal e desmame ventilatório no doente com ventilação mecânica invasiva.

Na avaliação da PSC, tanto em contexto de SU como em contexto de UCI, foi sempre utilizada a metodologia ABCDE, que é composto por 5 etapas. São elas, A (*Airway*) – permeabilização das vias aéreas, B (*Breathing*) – ventilação e oxigenação, C (*Circulation*) – garantir a circulação com controlo da hemorragia, D (*Disability*) – disfunção neurológica e E (*Expose*) – exposição com controlo da temperatura (Alson et al., 2021). Com base nessa avaliação, foram identificados diagnósticos de enfermagem, elaborados planos de cuidados individualizados para cada doente com vista aos resultados esperados, assim como, a identificação das intervenções necessárias para atingir os mesmos.

Benner et al. (2011) defendem que o conforto, tanto físico como emocional, proporcionam bem-estar à PSC e à sua família e que esse conforto, também se traduz na ajuda, no encorajamento, na consolação e no fortalecimento. Assim, assegurar medidas de conforto à pessoa que está a sofrer e à sua família é um dos indicadores de qualidade no exercício da enfermagem.

A OE considera essencial a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, na prática especializada de enfermagem (Regulamento n.º 429/2018). Ao longo dos estágios, a garantia de gerir medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate à dor foi obrigatória,

assim como a avaliação e o registo da mesma. Em 2003, a DGS assumiu a dor como o quinto sinal vital e determinou o dever dos profissionais de saúde no controlo da mesma. Neste sentido, a dor foi monitorizada em todos os doentes através da Escala Visual Analógica da Dor, sendo que, no Estágio final, realizado em contexto de UCI, por uma grande parte dos doentes apresentarem alteração do estado de consciência e não serem capazes de avaliar ou comunicar a sua dor, foi utilizada a escala BPS. Esta escala é baseada em indicadores comportamentais e possibilita a monitorização da dor em doentes críticos (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s/d). Costa (2020), descreve a escala BPS como uma escala de avaliação comportamental, onde os profissionais de saúde avaliam a expressão facial, o tónus dos membros superiores e a adaptação dos doentes ao ventilador.

Na otimização do sono e prevenção do delírio recorremos a medidas não farmacológicas, promotoras de um ambiente terapêutico favorável e de conforto, nomeadamente, orientação da pessoa no espaço e no tempo, explicação dos procedimentos e realizar, gestão do ruído, gestão da climatização e iluminação e incentivo à mobilização precoce (com recurso aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e Fisioterapeutas).

Relativamente à avaliação da agitação/sedação e delírio, este foi outro foco de desenvolvimento para o processo de aquisição destas competências. Para avaliação do nível de sedação do doente recorremos à escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS).

Sendo a lesão cerebral uma das principais causas de perda funcional e morte, a avaliação neurológica no doente neurocrítico é essencial na prevenção, identificação precoce e tratamento de lesões secundárias (Garcia, 2018). Nesse sentido, foram adquiridas e desenvolvidas competências para a realização de uma avaliação neurológica eficaz através da monitorização da escala de *Glasgow*, da avaliação pupilar e da avaliação do aparecimento de sintomas como confusão mental, coma ou sinais de défice localizados.

Tanto no contexto do Estágio 1 realizado no SU, como no contexto do Estágio Final realizado na UCI, tivemos contacto com as decisões de fim de vida, onde o respeito e a dignidade pela PSC não se centram apenas na manutenção dos parâmetros vitais e nas medidas de suporte de vida,

“o que é fundamental não é a mera extensão da vida e sim a sua qualidade, na expressão de a pessoa decidir sobre Si (...) a dignidade de cada um no fim da sua vida (...) o desejo de uma «boa morte» na sequência de viver (...) uma «boa vida» até ao fim” (Nunes, 2020b, p. 128).

Nesse sentido, foi imperativo tentarmos perceber as necessidades e desejos das pessoas e famílias/pessoas significativas nessa situação e, adequar a nossa prática às mesmas.

No decorrer dos estágios, não foi possível, por não se proporcionar, prestar cuidados à pessoa em morte cerebral e manutenção fisiológica do potencial dador de órgãos, no entanto,

a participação no seminário “Doação, Colheita e Transplantação de Órgãos e Tecidos”, foi fundamental para adquirir conhecimentos nessa área.

As UC “Relação de Ajuda em Enfermagem” e “Enfermagem Médico-Cirúrgica 1” permitiram a aquisição e mobilização de conhecimentos acerca de estratégias facilitadoras da comunicação (verbal e não-verbal) perante a pessoa/família/cuidador em situação crítica, uma vez que, apesar das competências comunicacionais e relacionais serem influenciadas pela nossa personalidade, necessitamos de ferramentas para as aperfeiçoar.

Em ambos os contextos clínicos, foi possível realizar transportes intra-hospitalares da PSC, planeando e preparando o transporte com segurança, nomeadamente na admissão de doentes vindos do bloco operatório e no transporte de doentes aos serviços de imagiologia para a realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica.

Apesar de já ter sido referenciado várias vezes, a elaboração do PIP sobre o cuidado especializado de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC também contribuiu para a aquisição e desenvolvimento destas competências, uma vez que, através da elaboração do mesmo, acreditamos ter contribuído para a promoção da segurança e qualidade no cuidado ao doente crítico e, foi realizado um artigo científico para sustentação do mesmo.

No decorrer do Estágio final, realizado em contexto de UCI, tivemos oportunidade de assistir a duas formações em serviço. Foram elas: “Drenagens torácicas”, “Cuidados ao doente neurocrítico”, o que permitiu aprofundar conhecimentos nessas áreas.

Como forma de desenvolver estas competências, participamos numa formação intitulada de “Abordagem Nutricional no Doente Crítico e Cirúrgico” que incluiu a abordagem de diversas temáticas nessa área e nos possibilitou a aquisição e mobilização de conhecimentos.

Pela fundamentação descrita, consideramos ter adquirido e desenvolvido as competências acima descritas.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – A Pessoa em Situação Crítica

2 - “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

A OE, considera situação de exceção a “situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” e, determina que quando ocorre uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC, “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e

sistemizada, no sentido da sua eficácia e eficiência (...)” (Regulamento n.º 429/2018, pp. 19362-19363).

A Lei de Bases da Proteção Civil, define catástrofe como “um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de procurarem elevados prejuízos materiais, e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Lei nº 27/2006, p. 4696).

Uma das atividades desenvolvidas para dar resposta a esta competência foi a análise dos Planos de Catástrofe e Emergência das instituições onde foram realizados os estágios e, posterior reflexão e discussão com ambos os Enfermeiros Supervisores Clínicos.

É imprescindível a implementação de planos de emergência das unidades hospitalares que integrem planos de evacuação de cada serviço, e que os mesmos incluam a descrição dos riscos potenciais, dos recursos humanos e materiais disponíveis e, de um plano de atuação bem estruturado (Rico et al., 2015). Nesse sentido, foi elaborado em contexto do Estágio final, um “Plano de evacuação da UCI” (Apêndice 8) com o objetivo de promover a evacuação rápida e segura, no caso de ocorrer uma ameaça ou emergência, de todos os doentes internados. O mesmo foi elaborado com a finalidade de ser integrado no Plano de Segurança Interno da instituição onde foi realizado o estágio.

Os conteúdos abordados na UC “Enfermagem Médico-Cirúrgica 3”, também foram essenciais na aquisição e desenvolvimento desta competência, uma vez que nos deu a conhecer documentos orientadores fundamentais para a dinamização da resposta em situações de catástrofe.

É relevante mencionar que os conhecimentos adquiridos através da participação no curso de trauma – International Trauma Life Support, concederam uma análise reflexiva e crítica que possibilitaram a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área, através da simulação de cenários multi-vítimas e da triagem das mesmas em ambientes não controlados.

No final de 2021, foi realizada uma formação em serviço no contexto da nossa prática de cuidados, enquanto formadora, para divulgação do Plano de Segurança e do Plano de Catástrofe da instituição.

Face ao exposto, consideramos ter adquirido e desenvolvido a competência em análise.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – A Pessoa em Situação Crítica

3 - “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

As IACS são infeções que resultam da prestação de cuidados e procedimentos de saúde, incluindo a contaminação de profissionais de saúde no decorrer da sua atividade profissional (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017a).

A OMS e outras organizações internacionais, nomeadamente o *Center for Disease Control and Prevention* e o *European Center for Disease Control and Prevention* consideram que as IACS são um dos fenómenos mais frequentes em todo o mundo. Segundo cálculos da OMS, atualmente, em cada 100 doentes internados em hospitais, dez nos países em desenvolvimento e sete nos países desenvolvidos, adquirem pelo menos uma infeção durante um episódio de internamento (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2018).

Segundo o mesmo, decorrente do aumento da morbilidade e mortalidade associado às IACS, estas contribuem para um aumento exponencial dos gastos em saúde e são assumidas por vários autores como uma das principais ameaças à segurança dos doentes e à qualidade dos cuidados.

Sendo a taxa de IACS um indicador da segurança e da qualidade dos serviços prestados e reconhecendo que estas constituem um problema de saúde pública com uma dimensão crescente à escala mundial, é necessário identificar problemas, definir prioridades e estratégias e, analisar os resultados das medidas implementadas de forma a reduzir o seu impacto e a sua frequência, com recurso a programas de vigilância epidemiológica (DGS, 2017a).

Em Portugal, estes são geridos pelo Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) que atua nas seguintes áreas de intervenção: vigilância epidemiológica, controlo de infeção e prescrição de antibióticos. Ainda que se verifique uma adesão gradual e significativa por parte das instituições e serviços para cada uma dessas áreas de intervenção, ainda é necessário trabalhar no reforço dessa adesão (DGS, 2017a).

No decorrer dos estágios, foram consultadas as normas, protocolos e documentos de apoio relativos à prevenção e controlo de infeções e da resistência aos antimicrobianos emanados pela DGS e pelo GCL-PPCIRA das instituições onde foram realizados os estágios e, exercemos a prática de cuidados de enfermagem à PSC em conformidade com os mesmos. Também foi oportuna a reflexão sobre as práticas de prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos existentes nesses contextos, que por serem serviços onde a intervenção terapêutica passa por diversos processos invasivos, deixando a PSC mais frágil e mais suscetível a infeções, exigindo a atualização constante de atitudes preventivas e rotinas, no sentido de atingir melhores resultados na prevenção de IACS.

A revisão e mobilização dos conteúdos abordados na UC “Enfermagem Médico-Cirúrgica 5”, assim como o trabalho elaborado com o tema “Plano de Prevenção e Controlo de Infeção

por *Klebsilla* Produtora de Carbapenemases”, foram extremamente relevantes para a aquisição desta competência.

A redução das IACS assenta sobretudo no cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI), na implementação de feixes de intervenção de apoio aos procedimentos e dispositivos invasivos e prescrição consciente de antimicrobianos (Pina et al., 2010). No decorrer dos estágios, foi imperativo o cumprimento das PBCI, assim como dos feixes de intervenção de apoio aos procedimentos e dispositivos invasivos. Também tentamos sempre colaborar na prescrição consciente de antimicrobianos, sugerindo aos médicos o pedido de colaboração dos colegas Infeciologistas e do GCL-PPCIRA.

A ILC é o tipo de IACS mais frequente nos países em desenvolvimento, atingindo mais de 1/3 dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica. Apesar de se verificar uma menor incidência nos países desenvolvidos, esta é o segundo tipo de IACS mais frequente na Europa e nos Estados Unidos da América (WHO, 2016).

Ainda que se tenham implementado várias medidas para reduzir a taxa de ILC, estas continuam a ser reconhecidas como causas importantes de morbilidade e mortalidade, estando entre as três IACS mais significativas e implicando elevados custos na saúde. Este facto deve-se, possivelmente, à resistência aos antimicrobianos, ao aumento da idade dos utentes submetidos a intervenção cirúrgica (também estes com várias comorbilidades associadas) e à crescente utilização de próteses e transplantação de órgãos (WHO, 2016).

Prevê-se que o uso de normas baseadas em evidência e de “feixes de intervenções” evite 60% das ILC (DGS, 2015). Assim, no decorrer do Estágio 1 em contexto de SU, foi elaborada uma *scoping review* intitulada de “A implementação do Feixe de Intervenções na diminuição da infeção do local cirúrgico” que sustentou a elaboração e apresentação de uma formação em serviço, intitulada de “Prevenção da infeção do local cirúrgico em contexto de urgência – Cuidados pré-operatórios”.

No decorrer da realização do Estágio Final, em contexto de UCI, verificamos a implementação do “Feixe de Intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação, com o cumprimento da Norma n.º 021/2015 atualizada a 17/11/2022 (DGS, 2017b), e colaboramos na realização de auditorias ao cumprimento da mesma.

Deste modo, consideramos ter adquirido e desenvolvido a competência mencionada.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório representa o culminar de todo o trabalho desenvolvido ao longo deste percurso académico do Mestrado em Enfermagem, através das aprendizagens profissionais e pessoais adquiridas e da reflexão e análise das atividades desenvolvidas no decorrer do mesmo, que contribuíram para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro especialista, de competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e de competências de Mestre em Enfermagem. Decorrente dos progressivos avanços técnicos e científicos na área da saúde, é essencial que o enfermeiro realize uma atualização constante dos seus conhecimentos e consequente desenvolvimento das suas competências, para alcançar a excelência na prestação de cuidados.

A realização dos dois estágios, decorridos em contextos de cuidados à pessoa em situação crítica distintos, a implementação do PIP e o presente relatório, permitiram a aquisição e o desenvolvimento de diversas competências, inerente não só ao Enfermeiro Especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, como também ao Enfermeiro Especialista e Mestre. Estes foram fundamentais na formação contínua e, através de empenho e investimento pessoal, permitiram consolidar e aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo deste percurso do Mestrado em Enfermagem, assim como, desenvolver as aptidões e capacidades do Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC, resultando numa prestação de cuidados e tomada de decisão seguras, assertivas e diferenciadas. A nossa prática ao longo dos estágios, foi regulada pelo Código Deontológico, a legislação em vigor e a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Sendo a lesão cerebral uma das principais causas de perda funcional e morte, a avaliação neurológica no doente neurocrítico é essencial na prevenção, identificação precoce e tratamento de lesões secundárias. Nas últimas décadas, um dos maiores progressos no cuidado a estes doentes foi o desenvolvimento de abordagens padronizadas, nomeadamente na monitorização (Garcia, 2018). Assim, a intervenção de enfermagem no cuidado ao doente com monitorização da PIC requer conhecimentos baseados na mais recente evidência e competências específicas na área.

Ancorado na Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner, Patricia Kyriakidis e Daphne Stannard (2011) e, seguindo a metodologia de trabalho de projeto, a elaboração do PIP teve como finalidade promover a segurança e a melhoria da

qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Nesse seguimento, foi realizada uma sessão formativa com o objetivo garantir a segurança do doente com monitorização da PIC, promovendo uma abordagem padronizada e estruturada e, sistematizando as intervenções autónomas de enfermagem no cuidado ao doente com monitorização da PIC. Para sustentar o PIP, foi realizada uma *scoping review* que permitiu concluir que as intervenções de enfermagem são fundamentais na vigilância de alterações, prevenção de complicações e na redução da PIC no doente com monitorização da mesma.

Ao longo deste percurso do Mestrado em Enfermagem, a frequência em todas as UC, assim como os trabalhos realizados no âmbito das mesmas, foram a base para a mobilização e aquisição dos conhecimentos necessários para a concretização desta jornada.

No horizonte, fica o desenvolvimento e consolidação das competências técnicas, científicas e relacionais de forma autónoma e contínua, destacadas pela capacidade de agir e tomar decisões perante situações complexas, no seio de uma equipa multidisciplinar.

Termino este relatório com o pensamento de Fernando Teixeira de Andrade, apresentado inicialmente: “Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos” e, com a certeza de que apesar de todas as dificuldades sentidas ao longo deste caminho, se não o tivesse percorrido, ficaria além da enfermeira que pretendo ser e dos cuidados que pretendo prestar.

Pelo exposto, descrito ao longo deste documento, consideramos ter concretizado os objetivos definidos para este relatório, que será posteriormente submetido a provas de defesa com carácter público, concluindo assim um percurso que nos permitiu, através do contacto com outras realidades, amadurecer tanto profissional como pessoalmente.

BIBLIOGRAFIA

- Abelho, C. (2014). *Metodologia do Planeamento em Saúde: Sexualidade na adolescência*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Instituto Superior de Portalegre, Escola Superior de saúde]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/14856>
- Alson, R., Han, K., & Campbell, J. (2021). *International Life Support for emergency care providers*. American College of Surgeons. 9th Editions.
- Apóstolo, J. (2017). *Sínteses da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care A Thinking-in-Action Approach* (2ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. (4ª ed.). Manole.
- Costa, N. (2020). Avaliação da Dor: terapias não farmacológicas para alívio da dor. In Pinho, J. A. *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 93-105). Lidel – Edições Técnicas, Lda. Lisboa.
- Cook, A., Jones, G., Hawryluk, G., Mailloux, P., McLaughlin, D., Papangelou, A., Samuel, S., Tokumaru, S., Venkatasubramanian, C., Zacko, C., Zimmermann, L., Hirsch, K., Shutter, L. (2020). Guidelines for the Acute Treatment of cerebral edema in neurocritical care patients. *Neurocritical care*, 32, 647-666. <https://doi.org/10.1007/s12028-020-00959-7>

- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Diário da República: II Série, n.º 153/2014. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Norma 020/2015 de 15 de dezembro. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017a). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Direção Geral da Saúde*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pd
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017b). *Norma n.º 021/2015 (atualizada em 2017): “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Escola Superior de Saúde [ESS] (2018). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos* (2.ª versão). Portalegre, Portugal: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Feijó, L. (2020). O doente neurocrítico. In Pinho, J. A. *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 209-220). Lidel – Edições Técnicas, Lda. Lisboa.
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes – Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(6), 564-570. <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10799/10535>
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. (17ª ed). Editora Paz e Terra.

- Garcia, I. (2018). Cuidados enfermeiros en las personas con traumatismo craneoencefálico severo: Revisión sistemática. *Agora de Enfermeria*, 22(4), 178-183.
- García, B., & Martín, M. (2019). Cuidados para garantizar la seguridad del paciente com traumatismo craneoencefálico grave. *Metas de Enfermería*, 22(9), 64-74.
- Gelbcke, F., Souza, L., Sasso, G., Nascimento, E., & Bulb, M. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1(64), 136-139. Doi: 10.1590/S0034-71672009000100021
- Guerra, N. (2016). Atribuição de competências do enfermeiro gestor é prioritária. *Jornal Enfermeiro. Contextos, competências e necessidades da enfermagem*. (pp. 4-6). http://www.jornalenfermeiro.pt/images/pdf/JE15_37b1d.pdf
- Harrois, A., Anstey, J., Deane, A., Craig, S., Udy, A., McNamara, R., & Bellomo, R. (2020). Effects of routine position changes and tracheal suctioning on intracranial pressure in traumatic brain injury patients. *Journal of Neurotrauma*, 37(20), 2227-2233. <https://doi.org/10.1089/neu.2019.6873>
- Imperatori, E., Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª ed). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República. (2006). Diário da República: I série, n.º 126 de 07/03/2006, 4696-4706. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/27-2006-537862>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2025). Diário da República: série, n.º 181. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lima, M., Ribeiro, K., Gonçalves, F., Borges, M., & Guimarães, N. (2019). Service of nursing in intracranial pressure monitoring in neurocritical patients. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 11(1), 255-262. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.255-262.

- Madeira, L. A. F. (2021). *Comunicação com a família no Serviço de Urgência: Determinante da satisfação com os cuidados de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5564>
- Mão-de-Ferro, A. (1999). *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.
- Myaneh, Z., Azadi, M., Hosseinigolafshani, S., & Rashvand, F. (2020). Effect of Evidence – Based Nursing Care Guidelines on the Quality of Care of Patients in Neurosurgical Intensive Care Units. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 24(1), 56-67. <https://doi.org/10.32598/JQUMS.24.1.6>
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2020a). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Nunes, L. (2020b). *E se eu não puder decidir? - Saber escolher no final da vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Relatório de Primavera – Meio Caminho Andando*. <https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/Relatorios-de-Primavera>
- Olson, D., McNett, M., Lewis, L., Riemen, K., & Bautista, C. (2013). Effects of nursing interventions on intracranial pressure. *American Journal of Critical Care*, 22(5), 431-438. DOI: 10.4037/ajcc2013751.
- Olson, D., Parcon, C., Santos, A., Santos, G., Delebar, R., Stuzman, S. (2017). A novel approach to explore how nursing care affects Intracranial pressure. *American Journal of Critical Care*, 26(2), 136-139. DOI: 10.4037/ajcc2017410.

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (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*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, II série, n.º 184 - 25 de setembro de 2019. <https://dre.pt/application/file/a/124970757>
- Ordem dos Médicos. (2018). *Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva (DOFMI) 2018 – Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva*. <https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
- Pina, E., Silva, G., & Ferreira, E. (2010). Relatório inquérito de prevalência da infeção - Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

- Promelek, K., Currye, J., Damkliang, J., Conidine, J. (2020). Evidence-practice gaps in initial neuroprotective nursing care: A mixed methods study of Thai Patients with moderate or severe traumatic brain injury. *International Journal of Nursing Practice*. e12899. <https://doi.org/10.1111/ijn.12899>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. (2018). Diário da República: II série, n.º 135. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, n.º 26. Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Rico, D., Rico, M., Castanón, E., & Veja, G. (2015). *Rol enfermero en la evacuación de cuidados intensivos. Nurses role in the evacuation of the intensive care unit*. Departamento Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo. <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/d1f00c5f-4ecc-4f29-bee2-3a8876e0139d/eeef8af6-02dc-4427-8d34-195fad13663c/eeef8af6-02dc-4427-8d34-195fad13663c.pdf>
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos*, (15), 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Silva, M., Silva, R., Nogueira, S., Lopes, S., Alencar, R., Pinheiro, W. (2021). Nursing diagnoses for patients with traumatic brain injury: integrative review. *Enfermería Global*, 20(4), 614-627. DOI: 10.6018/eglobal.435321
- Sobrinho, A., Bernardo, J., Alexandre, A., Oliveira, V., & Leite-Salgueiro, C. (2018). Liderança do Enfermeiro: Reflexões sobre o papel do Enfermeiro no Contexto Hospitalar (Artigo de revisão). Id on Line, *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(41), 693-710. <https://doi.org/10.14295/online.v12i41.1238>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (s/d). *Resultados – Plano Nacional de Avaliação da Dor*.
<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (5ªed.). Lusociência.

Universidade de Évora [UE] (2015). NCE/14/01772. *Apresentação do pedido corrigido – Novo ciclo de estudos*.
[file:///C:/Users/N%C3%A1dia%20Costa/Downloads/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20-%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20\(2%C2%BA%20ciclo\).pdf](file:///C:/Users/N%C3%A1dia%20Costa/Downloads/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20-%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20(2%C2%BA%20ciclo).pdf)

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. (5ª ed.). Lusodidacta: Lisboa.

Verde, B. C. C. (2013). *Contributo para a implementação do Método por Enfermeiro de Referência*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16189/1/Contributo%20para%20a%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20do%20MER%20_%20Relatorio%20de%20estagi.pdf

World Health Organization [WHO]. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>

World Health Organization [WHO]. (2016). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250680/9789241549882-ita.pdf>



APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Diagnóstico de Situação

Caro (a) Colega:

Eu, Nádía Raquel Salgado Pereira da Costa, no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional, cujo objetivo é a formação da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos, sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com monitorização da pressão intracraniana, permitindo deste modo melhorar a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem.

O presente questionário tem como objetivo a aferição dos conhecimentos dos enfermeiros da UCI acerca da temática dos cuidados de enfermagem especializados na pessoa com monitorização da pressão intracraniana. Assim, a sua participação é de sobre importância para um diagnóstico de situação correto e fiável objetivando uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com monitorização da pressão intracraniana internada na UCI.

Garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos e o seu uso restringe-se ao contexto académico e de investigação associado a este projeto. Salienta-se que o participante tem total liberdade para recusar a participação no questionário proposto.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para o preenchimento do mesmo.

Nádía Raquel Salgado Pereira da Costa

(Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica)

Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Diagnóstico de Situação

1. Caracterização Sociodemográfica

1.1. Género:

☐	Masculino	☐	Feminino
--------------------------	-----------	--------------------------	----------

1.2. Idade:

☐	20-30	☐	31-40	☐	41-50
☐		☐		☐	

2. Caracterização Académica e Profissional

2.1. Experiência profissional (anos)

☐	< 5	☐	5-10	☐	11-15	☐	16-20	☐	>21
☐		☐		☐		☐		☐	

2.2. Experiência profissional em cuidados intensivos (anos)

☐	< 5	☐	5-10	☐	11-15	☐	16-20	☐	>21
☐		☐		☐		☐		☐	

3. Aferição de conhecimentos

Para responder a esta parte do questionário, pedimos-lhe que leia atentamente cada frase e que assinale com uma cruz (X), o item correspondente à sua opinião sobre a afirmação consequente.

3.1. Considera pertinente abordar a temática “Intervenções de Enfermagem ao Doente com Monitorização da Pressão Intracraniana”.

☐	Concordo totalmente	☐	Concordo	☐	Discordo	☐	Discordo totalmente
☐		☐		☐		☐	

3.2. Sente-se completamente preparado e seguro para prestar cuidados à pessoa com monitorização da Pressão Intracraniana.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

3.3. Considera importante realizar formação acerca do cuidado de enfermagem na pessoa com monitorização da Pressão Intracraniana.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

3.4. Considera pertinente a elaboração de uma norma de orientação clínica para o cuidado de enfermagem à pessoa com monitorização da Pressão Intracraniana.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

3.5. Considera que a elaboração de uma norma de orientação clínica para o cuidado de enfermagem à pessoa com monitorização da Pressão Intracraniana, vai contribuir para um aumento da eficiência e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

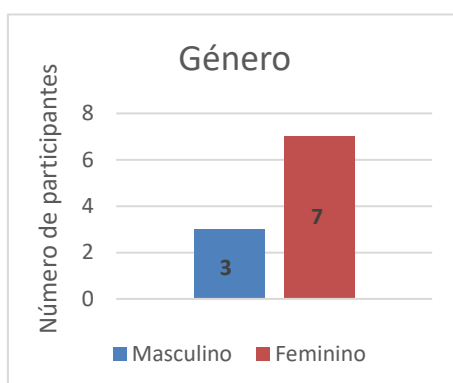
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

OBRIGADA(O) PELA
COLABORAÇÃO!



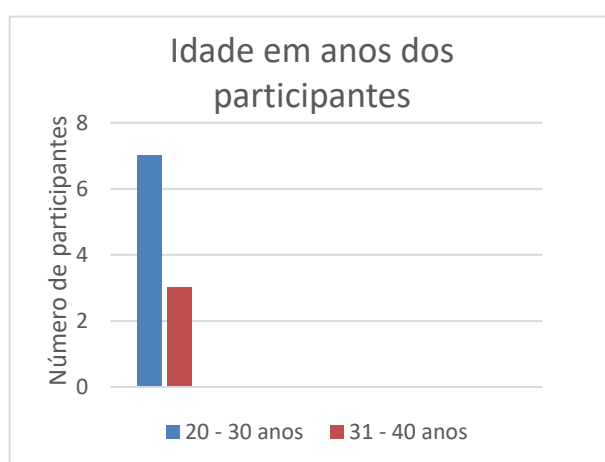
APÊNDICE 2 – Resultados do Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Diagnóstico de Situação

Género dos participantes.



Fonte: o Próprio

Idade dos participantes.



Fonte: o Próprio

Anos de experiência profissional dos interrogados.



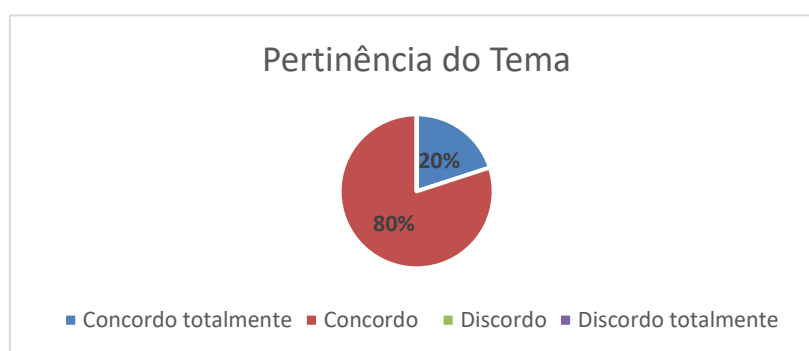
Fonte: o Próprio

Anos de experiência profissional em cuidados intensivos (anos).



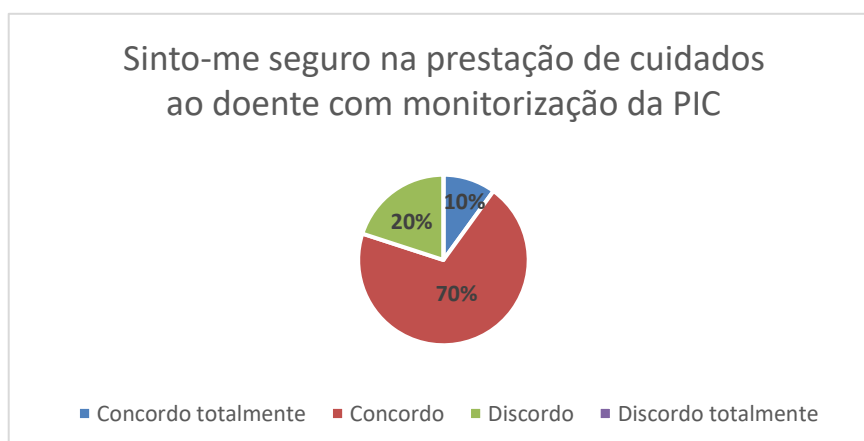
Fonte: o Próprio

Opinião dos interrogados acerca da pertinência da temática.



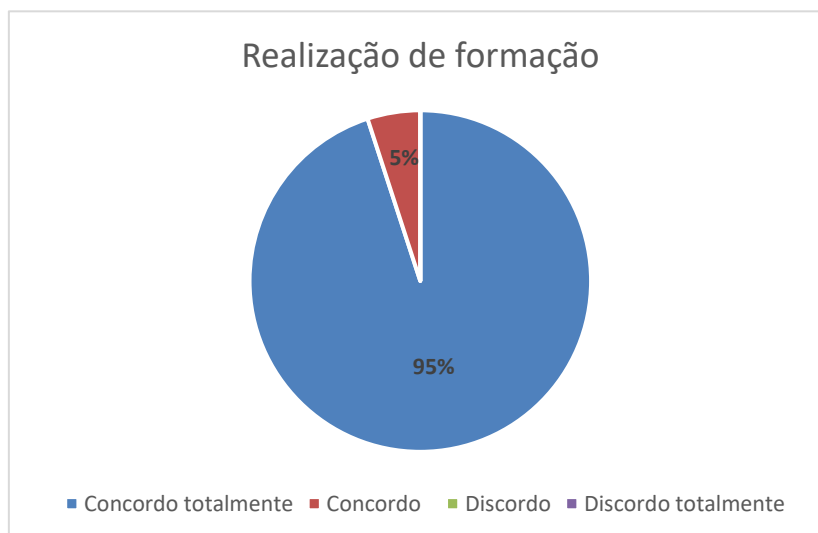
Fonte: o Próprio

Sensação de segurança dos interrogados, na prestação de cuidados à pessoa com Monitorização da PIC.



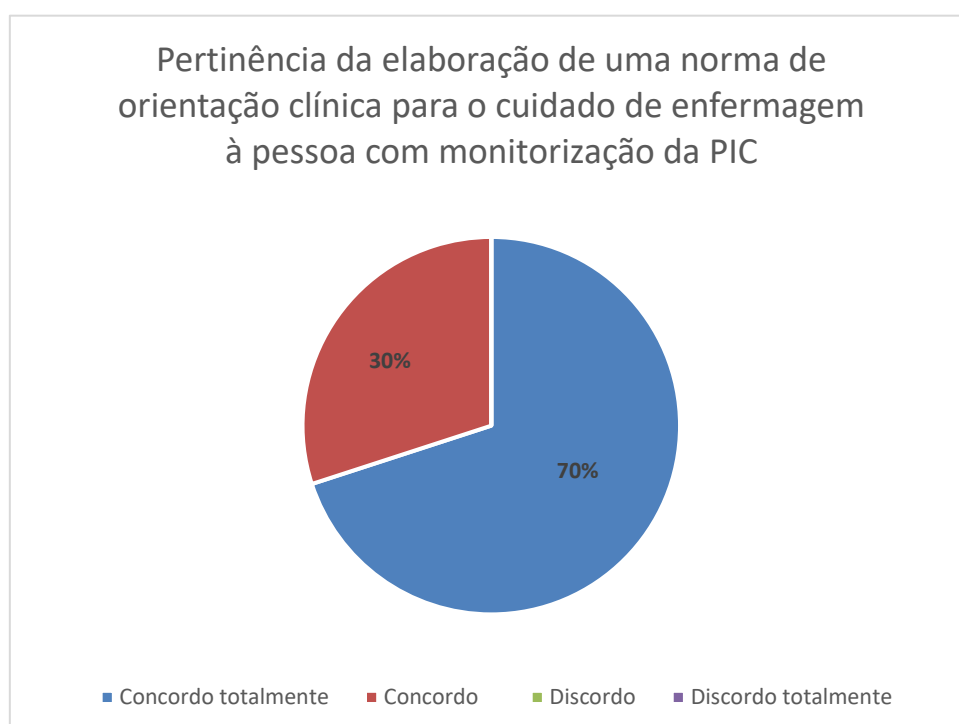
Fonte: o Próprio

Opinião dos interrogados para a realização de formação acerca do cuidado de enfermagem na pessoa com monitorização da Pressão Intracraniana.



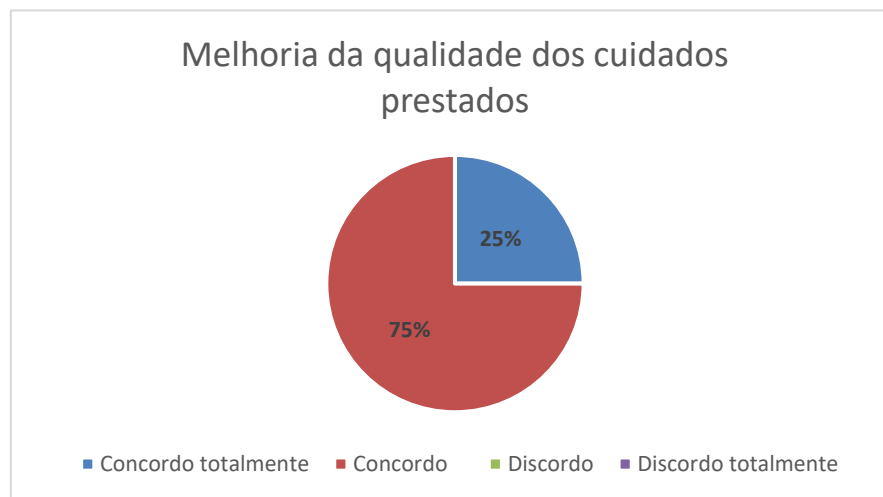
Fonte: o Próprio

Opinião dos interrogados sobre a pertinência de uma norma de orientação clínica.



Fonte: o Próprio

Opinião dos interrogados acerca da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.



Fonte: o Próprio



APÊNDICE 3 – Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção Profissional

O Cuidado Especializado de Enfermagem na Pessoa com Monitorização da Pressão Intracraniana

PLANEAMENTO / ATIVIDADES	2022 / 2023					
	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março
Consulta de <i>guidelines</i> acerca dos cuidados de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC						
Definição da questão de investigação						
Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas						
Seleção dos artigos						
Análise crítica dos resultados obtidos						
Elaboração da scoping review						
Elaboração de uma proposta de Norma de atuação de enfermagem na pessoa com monitorização da PIC						
Discussão da proposta de Norma com o Enfermeiro Supervisor Clínico, o Enfermeiro Chefe						
Discussão da proposta de Norma com o Professor Orientador						
Construção da versão final da Norma						
Elaboração da apresentação que deu suporte à sessão formativa						
Realizar a sessão formativa para apresentação e discussão da Norma – Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da PIC						
Introdução da Norma na plataforma Risi						
Avaliação						

Fonte: O próprio

APÊNDICE 4 – Scoping review – “O Cuidado Especializado de Enfermagem na Pessoa com Monitorização da Pressão Intracraniana”

Specialized Nursing Care in the Person with Intracranial Pressure Monitoring – Scoping Review

O Cuidado Especializado de Enfermagem na Pessoa com Monitorização da Pressão Intracraniana: Revisão de escopo

Nádia Costa, nº 210531058, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

Adriano Pedro – Professor Doutor do Instituto Politécnico de Portalegre

ABSTRACT

Objective: Describe the existing evidence on specialized nursing care for people with intracranial pressure monitoring.

Introduction: Since brain injury is one of the main causes of functional loss and death, it is importante to highlight and map nursing interventions within the scope of patient care with intracranial pressure monitoring, with the goal of managing intracranial hypertension and the complications and sequelae associated.

Inclusion criteria: Full text and literature published between january 2012 and november 2022, referring to the monitoring and management of intracranial pressure as a nursing intervention in people over 18 years of age.

Methods: Scoping Review based on the Joanna Briggs Institute methodology. Research was performed in the following databases: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *CochraneCentral Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* and *MedicLatina*.

Results: The nursing interventions identified were: ABCDE assessment, intracranial pressure monitoring and intepretation of the respective waves, monitoring of cerebral oxygenation, monitoring of vital signs to maintain hemodynamic stabilization, neurological assessment, positoning (specifically of the head and neck), aditional care in aspiratation of secretions, administration of sedation and analgesia, administration of hyperosmolar solutions and corticosteroid therapy, and reduction of intense stimuli.

Conclusions: Although there were limitations in the studies found, this review allowed us to sustain that nursing interventions can have an impact on intracranial hypertension. Therefore, there is a need to carry out further studies on this matter, specifically studies that address each of the interventions in particular.

Keywords: Nursing interventions; Intracranial pressure monitorinh; Intracranial hypertension.

RESUMO

Objetivo: Descrever a evidência existente sobre o cuidado especializado de enfermagem na pessoa com monitorização da pressão intracraniana.

Introdução: Sendo a lesão cerebral uma das principais causas de perda funcional e morte, torna-se importante evidenciar e mapear as intervenções de enfermagem no âmbito do cuidado ao doente com monitorização da pressão intracraniana (PIC), com o intuito de gerir a hipertensão intracraniana e as suas possíveis complicações e sequelas.

Crítérios de inclusão: Texto integral e literatura publicada entre janeiro de 2012 e novembro de 2022, que refiram a monitorização e gestão da PIC como intervenção de enfermagem na pessoa com mais de 18 anos de idade.

Métodos: *Scoping Review* baseada na metodologia de *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *CochraneCentral Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *MedicLatina*.

Resultados: As intervenções de enfermagem identificadas foram: a avaliação ABCDE, a monitorização da PIC e interpretação das respetivas ondas, a monitorização da oxigenação cerebral, a monitorização dos sinais vitais para manutenção da estabilização hemodinâmica, a avaliação neurológica, os posicionamentos (nomeadamente da cabeça e pescoço), os cuidados adicionais na aspiração de secreções, a administração de sedação e analgesia, a administração de soluções hiperosmolares e corticoterapia, e a redução de estímulos intensos.

Conclusões: Ainda que se tenham verificado limitações nos estudos encontrados, esta revisão permitiu sustentar que as intervenções de enfermagem podem ter impacto na hipertensão intracraniana (HIC). Deste modo, surge a necessidade de continuar a realizar mais estudos sobre a temática, nomeadamente estudos que abordem cada uma das intervenções em particular.

Palavras-chave: Intervenções de Enfermagem; Monitorização da Pressão Intracraniana; Hipertensão Intracraniana.

APÊNDICE 5 – Norma – “Intervenção de Enfermagem ao Paciente com Monitorização da Pressão Intracraniana”

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA

Elaboração: Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica Nádia Costa
19-01-2023

1. OBJETIVOS

- Promover uma abordagem padronizada e estruturada no cuidado ao paciente com Monitorização da Pressão Intracraniana (PIC);
- Sistematizar as Intervenções autónomas de enfermagem no cuidado ao paciente com Monitorização da PIC;
- Promover a segurança do paciente com Monitorização da PIC.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos, com Monitorização da PIC.

3. RESPONSABILIDADE

É da responsabilidade de todos os enfermeiros que prestam cuidados a pacientes com Monitorização da PIC.

4. ABREVIATURAS

AVC - Acidente vascular cerebral

BPS - *Behavioral Pain Scale*

FSC - Fluxo sanguíneo cerebral

HIC - Hipertensão Intracraniana

HTA - Hipertensão arterial

LCR - Líquido cefalorraquidiano

PA- Pressão arterial

PaCO₂ - Pressão arterial de oxigénio

PaO₂ - Pressão arterial de dióxido de carbono

PIC - Pressão intracraniana

PPC - Pressão perfusão cerebral

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SNC – Sistema Nervoso Central

TCE - Traumatismo cranioencefálico

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A lesão cerebral é uma das principais causas de perda funcional e morte.

Nas últimas décadas um dos maiores progressos no cuidado ao paciente neurocrítico foi o desenvolvimento de abordagens padronizadas, nomeadamente na monitorização.

A Hipertensão Intracraniana (HIC) é uma complicação potencialmente agressiva para a lesão neurológica, podendo agravar traumas, tumores do Sistema Nervoso Central (SNC), hidrocefalia, encefalopatia hepática e comprometimento do fluxo venoso do SNC. O uso criterioso de monitorização invasiva e tratamento direcionado, tanto à redução da Pressão Intracraniana (PIC) como à reversão da sua causa subjacente, são componentes para um tratamento eficaz em pacientes com HIC.

A PIC é exercida pelo volume combinado dos três componentes intracranianos, e a sua medida fornece informações importantes que antecedem o surgimento de lesões secundárias.

6. FISIOLOGIA

A PIC em adultos é geralmente de ≤ 15 mmHg, e a HIC patológica surge em pressões ≥ 20 mmHg. Eventos fisiológicos, como espirros ou tosse, aumentam transitoriamente a PIC.

6.1 Componentes Intracranianos

O compartimento intracraniano é protegido pelo crânio, uma estrutura rígida com volume fixo de 1400 a 1700mL. Em condições fisiológicas o conteúdo intracraniano inclui (por volume):

- Parênquima cerebral – 80%
- Líquido Cefalorraquidiano (LCR) - 10%
- Sangue – 10%

Estruturas patológicas como hematomas, abscessos, e lesões de massa, também podem estar presentes no compartimento intracraniano. Uma vez que o volume total da abóbada craniana não pode mudar, um aumento de um componente, ou a presença de componentes patológicos, requer o deslocamento de outras estruturas, um aumento da PIC ou ambos.

Assim a PIC é o resultado do volume e da complacência de cada componente intracraniano.

O Volume do parênquima cerebral é relativamente constante em adultos, embora possa ser alterado por lesões de massa ou na presença de edema cerebral. Os volumes de LCR e sangue no espaço intracraniano variam em maior grau. Aumentos anormais no volume de qualquer componente podem levar a elevações da PIC.

O LCR é produzido pelo plexo coróide e noutras partes do SNC a uma taxa de 20 ml/h. Este é normalmente reabsorvido pelas granulações da aracnoide para o sistema venoso.

Os problemas com a regulação do LCR geralmente resultam de uma obstrução ventricular ou congestão venosa, ou com menos frequência de um anormal aumento da produção.

6.2 Fluxo sanguíneo cerebral (FSC)

O FSC determina o volume de sangue no espaço intracraniano. Este aumenta com a hipercapnia e a hipoxia. A autorregulação cerebral pode ser prejudicada em contexto de lesão neurológica e pode resultar em edema cerebral rápido.

Resumidamente, as principais causas do aumento da PIC incluem:

- Edema cerebral (enfarte cerebral, lesão cerebral traumática grave, encefalopatia anóxica aguda);
- Lesões de massa intracraniana (tumor, hematoma);
- Aumento da produção de LCR;
- Diminuição da absorção de LCR;
- Obstrução do fluxo venoso;
- Hidrocefalia obstrutiva.

6.3 Complacência intracraniana

A inter-relação entre as mudanças no volume do conteúdo intracraniano e as mudanças na PIC define as características de complacência do compartimento

intracraniano. A complacência intracraniana pode ser modelada por uma diminuição ou um aumento do FSC.

A relação de complacência não é linear e a complacência diminui à medida que o FSC aumenta. Inicialmente, os mecanismos compensatórios permitem que o volume aumente com elevação mínima da PIC. Esses mecanismos incluem:

- Deslocamento do LCR para o saco tecal;
- Diminuição do volume do sangue venoso cerebral por meio de vasoconstrição e drenagem extracraniana;
- Saída de tecido cerebral (herniação).

Contudo, quando esses mecanismos compensatórios se esgotam, há lugar a aumentos da PIC.

6.4 Auto regulação

O FSC é normalmente mantido constante pela autorregulação cerebrovascular para Pressão de perfusão cerebral (PPC) entre 60-70 mmHg. Porém, situações patológicas como Acidente vascular cerebral ou trauma podem destruir a autorregulação cerebrovascular, ficando o cérebro muito frágil a pequenas alterações da PPC.

O ponto de autorregulação também é alterado em pacientes com HTA.

6.5 Pressão de perfusão cerebral (PPC)

Situações que provocam um aumento da PIC, como lesões de massa e hidrocefalia, podem estar associadas a uma redução na PPC, podendo resultar em isquemia focal ou generalizada. De outra forma, uma elevação acentuada da PPC pode levar a encefalopatia hipertensiva e consequentemente edema cerebral, devido ao declínio da autorregulação.

$$PPC = PAmédia - PIC$$

6.6 Monitorização da PIC

De acordo com as *guidelines* mais recentes para o tratamento de lesão cerebral grave, a PIC deve ser monitorizada em todas as pessoas com TCE grave, que

apresentem um Score na Escala de Glasgow entre 3-8 e uma Tomografia Computarizada Craneo-encefálica anormal.

A maioria das estratégias para redução da PIC são eficazes por períodos limitados e variáveis, e esses tratamentos podem ter efeitos colaterais graves. Assim, a única maneira de determinar com segurança a PPC é monitorizar continuamente a PIC e a Pressão Arterial (PA).

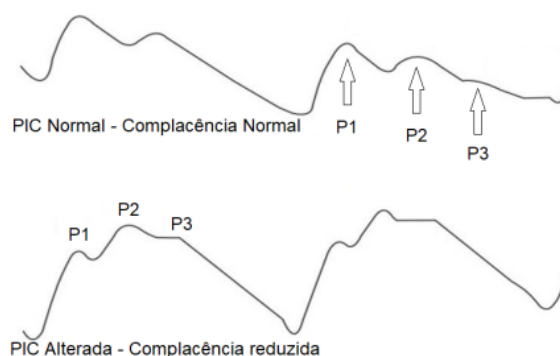
6.7 Tipos de monitorização

Existem 4 principais localizações anatómicas para monitorização da PIC, sendo que em cada existem vantagens e desvantagens.

São elas intraventricular, intra parenquimatosa, subaracnoídea e epidural.

6.8 Análise da forma da onda de PIC

A morfologia da onda da PIC apresenta três picos principais: P1, P2 e P3. O pico P1 está relacionado com a transmissão e dissipação da onda dentro do crânio. Em condições normais, P1 possui maior amplitude que a P2 e a P3, e estes estão relacionados à elasticidade do cérebro e correspondem, respetivamente, à propagação e à repercussão da onda. Deste modo, os picos P1, P2 e P3 quando apresentados de forma decrescente têm significado de cérebros complacentes. Nos casos em que P2 é superior a P1, observa-se complacência inadequada. Nestes, um pequeno aumento do fluxo sanguíneo cerebral refletirá no aumento da PIC.



7. ESTRATÉGIAS NA GESTÃO DA HIC

7.1 Monitorização da PIC e interpretação das respetivas ondas

7.2 Avaliação neurológica do paciente

Uma avaliação neurológica fidedigna promove a identificação precoce de HIC e permite uma tomada de decisão eficaz. A equipa de enfermagem deve estar atenta ao aparecimento de sintomas como confusão mental ou coma e sinais de défices localizados, indicativos de aumento da HIC.

Sinais de alarme: - Reação pupilar (tamanho, reatividade e simetria);

- Queda do nível de consciência (<2 pontos na Escala de Glasgow, relativos à avaliação anterior)

- Défices localizados;

- Cefaleia intensa;

- Vômito em jato com ausência de náusea;

- Crises convulsivas e, no caso de o paciente ter uma Derivação Ventricular Externa, alteração das características do LCR.

7.3 Manutenção da estabilização hemodinâmica / monitorização dos sinais vitais e Pressão arterial média

Alterações dos sinais vitais podem indicar uma deterioração do estado neurológico, assim a sua monitorização de forma contínua é basilar na deteção antecipada de possíveis complicações.

A manutenção da normovolémia é essencial para assegurar a autorregulação cerebral, uma vez que PA média inferior a 80 mmHg pode ser prejudicial para o paciente por PPC inadequado, e uma PA sistólica inferior a 100 mmHg pode desencadear um processo de vasodilatação autorreguladora resultando num aumento do volume sanguíneo e consequentemente um aumento da PIC.

7.4 Monitorização da temperatura corporal

A monitorização da temperatura corporal é essencial na medida em que o aumento da temperatura acelera o metabolismo cerebral e a permeabilidade da barreira hematoencefálica, facilitando o edema cerebral, vasoespasmos e elevação da PIC. Concomitantemente a febre diminui o potencial de transporte de oxigénio e consequente diminuição da perfusão cerebral. Em casos particulares, sugere-se a hipotermia induzida com o objetivo de diminuir a PIC e lesões secundárias.

A hipotermia induzida tem um efeito neuroprotetor devido à supressão de libertação de aminoácidos excitadores e outras ações que podem melhorar o prognóstico.

7.5 Monitorização da Glicémia capilar

A avaliação da glicemia capilar para manter a normoglicemia é uma intervenção independente de enfermagem e evita a hipoglicemia ou hiperglicemia diminuindo a possibilidade de edema cerebral e HIC tardia por necrose neuronal.

7.6 Posicionamento do paciente

Relativamente à mobilização e posicionamento, a elevação da cabeceira a 30-40° promove o retorno venoso, facilita a drenagem de LCR e consequentemente diminui a PIC. Além da elevação da cabeceira, deve assegurar-se um correto alinhamento do corpo, sem angulações do pescoço para evitar a compressão das veias jugulares, possibilitando o retorno venoso e facilitando a drenagem venosa cerebral.

7.7 Cuidados relacionados com ventilação

Nos cuidados relacionados com a ventilação, no geral, estes prendem-se com as indicações universais para o paciente com ventilação mecânica invasiva, e para a prevenção da Pneumonia associado à ventilação. Higiene oral com antisséptico, aspiração de secreções apenas se necessário, precedida de um período de hiperoxigenação, e durante um curto período de tempo. Ainda que a estimulação endotraqueal possa aumentar a PIC, esse aumento será transitório e reverterá após a intervenção. Pretende-se evitar a hipóxia, que se traduz num aumento da lesão cerebral isquêmica e assegurar a normoventilação para uma adequada oxigenação cerebral.

Uma vez que a aspiração de secreções pode aumentar o valor da PIC, deve ser tido em conta o risco-benefício para o paciente, e esta decisão deve ser tomada baseada na condição individual de cada um, sendo em alguns casos sugerido o estudo da onda de pressão da PIC previamente.

Assegurar a normoventilação/hiperventilação para Pressão parcial de dióxido de carbono entre 32 - 40 mmHg. Deste modo, é aconselhada a utilização de um capnógrafo para medir a quantidade de dióxido de carbono na respiração exalada do paciente.

7.8 Administração de sedação e analgesia

A administração de ansiolíticos e/ou analgésicos antes de intervenções que possam aumentar a PIC, como a aspiração de secreções, poderá ser aproveitada para atenuar efeitos adversos.

Aconselha-se a utilização de um aparelho de eletroencefalograma processado, o *Bispectral Index* (BIS) para avaliar a atividade cerebral e a profundidade da sedação.

7.9 Administração de soluções hiperosmolares e corticoterapia (segundo prescrição médica)

Relativamente à gestão de terapêutica para diminuir a HIC, a administração de solutos hiperosmolares como o Manitol, aumenta de imediato o volume intravascular produzindo um efeito osmótico num curto período de tempo, traduzindo-se na diminuição da PIC.

Apesar dos solutos hiperosmolares terem benefício na redução do edema cerebral, não existem alterações nos resultados neurológicos, uma vez que estes são influenciados por múltiplos fatores.

Relativamente ao uso de corticosteróides, a evidência encontrada refere que estes podem ser úteis na redução do edema cerebral, mas não na redução da HIC.

O tratamento farmacológico do edema cerebral deve guiar-se, sempre que possível, pela patologia subjacente. A utilização de terapêutica para diminuir a HIC pode tratar um problema fisiológico específico, no entanto o impacto no tratamento das lesões neurológicas é limitado.

8. ATITUDES TERAPÊUTICAS

8.1 Intervenções autónomas de enfermagem na gestão da PIC

- Avaliação neurológica do paciente
 - Monitorizar a Escala de *Glasgow* de 8h/8h e SOS
 - Avaliar pupilas (tamanho, simetria e fotorreatividade) de 8h/8h e SOS
- Manter repouso no leito com elevação da cabeceira a 30-45°
- Posicionamento com alinhamento da cabeça e pescoço
- Evitar flexão extrema da articulação coxofemoral
- Manter saturações periféricas de oxigénio > 95% e PaO₂ 60-80 mmHg
- Manter hipocapnia permissiva: PaCO₂ 32-40 mmHg
- Otimização da sedação RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) -5 a -1
 - Monitorizar a Escala de RASS de 8h/8h
- Monitorização e controlo da dor BPS (*Behavioral Pain Scale*) = 3
 - Monitorizar a dor através da Escala BPS de 8h/8h
- Controlo ambiental
 - Manter ambiente calmo e tranquilo
 - Controlar luz e temperatura
- Minimizar intervenções que elevem a PIC: distensão abdominal (prevenir obstipação e reduzir esforço na eliminação), tosse, secreções.

- Administrar agentes procinéticos 1 x dia ou em SOS
- Manter normotermia: 36-37°C
- Manter normoglicémia: 110-160 mg/dl

8.2 Outras atitudes

- Administração de Soluções hiperosmolares
- Drenagem de Líquido Cefalorraquidiano
- Realizar Tomografia Computarizada Craneoencefálica
- Hipotermia terapêutica
- Curarização ou Coma barbitúrico
- Realizar craniectomia descompressiva

9. BIBLIOGRAFIA

- Cook, A., Jones, G., Hawryluk, G., Mailloux, P., McLaughlin, D., Papangelou, A., Samuel, S., Tokumaru, S., Venkatasubramanian, C., Zacko, C., Zimmermann, L., Hirsch, K., Shutter, L. (2020). Guidelines for the Acute Treatment of cerebral edema in neurocritical care patients. *Neurocritical care*, 32, 647-666. <https://doi.org/10.1007/s12028-020-00959-7>
- Feijó, L. (2020). O doente neurocrítico. In Pinho, J. A. *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 209-220). Lidel – Edições Técnicas, Lda. Lisboa.
- García, I. (2018). Cuidados enfermeiros en las personas con traumatismo craneoencefálico severo: Revisión sistemática. *Agora de Enfermería*, 22(4), 178-183.
- García, B., Martín, M. (2019). Cuidados para garantizar la seguridad del paciente con traumatismo craneoencefálico grave. *Metas de Enfermería*, 22(9), 64-74.
- Harrois, A., Anstey, J., Deane, A., Craig, S., Udy, A., McNamara, R., Bellomo, R. (2020). Effects of routine position changes and tracheal suctioning on intracranial pressure in traumatic brain injury patients. *Journal of Neurotrauma*, 37(20), 1-33. <https://doi.org/10.1089/neu.2019.6873>
- Lima, M., Ribeiro, K., Gonçalves, F., Borges, M., Guimarães, N. (2019). Service of nursing in intracranial pressure monitoring in neurocritical patients. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 11(1), 255-262. DOI: [10.9789/2175-5361.2019.v11i1.255-262](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.255-262)
- Olson, D., McNett, M., Lewis, L., Riemen, K., Bautista, C. (2013). Effects of nursing interventions on intracranial pressure. *American Journal of Critical Care*, 22(5), 431-438. DOI: [10.4037/ajcc2013751](https://doi.org/10.4037/ajcc2013751)
- Olson, D., Parcon, C., Santos, A., Santos, G., Delebar, R., Stuzman, S. (2017). A novel approach to explore how nursing care affects Intracranial pressure. *American Journal of Critical Care*, 26(2), 136-139. DOI: [10.4037/ajcc2017410](https://doi.org/10.4037/ajcc2017410)
- Promelek, K., Currye, J., Damkliang, J., Conidine, J. (2020). Evidence-practice gaps in initial neuroprotective nursing care: A mixed methods study of Thai Patients with moderate or severe traumatic brain injury. *International Journal of Nursing Practice*. e12899. <https://doi.org/10.1111/ijn.12899>
- Shah, L., Chirtensen, M. (2012). Ineffective cerebral perfusion related to increased intracranial pressure secondary to subarachnoid haemorrhage: An examination of nursing interventions. *Singapore Nursing Journal*, 39(2), 15-24.

Silva, M., Silva, R., Nogueira, S., Lopes, S., Alencar, R., Pinheiro, W. (2021). Nursing diagnoses for patients with traumatic brain injury: integrative review. *Enfermería Global*, 20(4), 614-627. DOI: 10.6018/eglobal.435321

Urden, L., Stacy, K., Lough, M. (2008). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção* (5ª ed.). Lusodidata: Lisboa.



APÊNDICE 6 – Questionário de Avaliação da Sessão Formativa

Questionário de Avaliação da Sessão Formativa

Apreciação global da sessão formativa	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom
1. As suas expectativas em relação à sessão formativa foram satisfeitas.				
2. Os objetivos da sessão formativa foram atingidos.				
3. A temática apresentada correspondeu às suas expectativas.				
4. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. O formador utilizou uma linguagem clara e objetiva na sua apresentação.				
7. A duração da sessão formativa foi adequada.				
8. O horário da sessão formativa foi adequado.				

APÊNDICE 7 – Scoping review – “A implementação do Feixe de Intervenções na diminuição da infecção do local cirúrgico”

Scoping Review – A implementação do “Feixe de Intervenções” na diminuição da infecção do local cirúrgico.

A *Scoping Review* consistiu num meio que permitiu complementar a realização deste trabalho, a partir da análise de dados baseados na evidência científica. Nesta revisão, estão contemplados o objetivo do estudo, a metodologia de pesquisa, os resultados, a discussão dos resultados e as conclusões.

Esta *Scoping Review* foi fundamentada na Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma vez que a teórica assume a transição como a mudança de ambientes, condições ou estados, a qual exige por parte da pessoa uma adaptação a essa nova realidade. Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica surge como o profissional dotado de competências que lhe permitem auxiliar o processo de transição, quando a pessoa passa de um estado de saúde para um estado de doença (Meleis, 2010).

OBJETIVO

Descrever a evidência existente sobre a utilização do “feixe de intervenções” na diminuição da infecção do local cirúrgico.

METODOLOGIA DE PESQUISA

Este estudo é uma *Scoping Review* e é caracterizado por efetuar um mapeamento prévio da evidência existente sobre um determinado assunto (Apóstolo, 2017).

De modo a definir a questão de pesquisa recorreu-se ao formato PCC (Tabela 1), tendo-se definido a seguinte pergunta: Quais as evidências disponíveis acerca da utilização do “feixe de intervenções” na diminuição da infecção do local cirúrgico, em contexto hospitalar?

P	População	Pessoa em processo cirúrgico
C	Conceito	“Feixe de intervenções” na diminuição da infecção do local cirúrgico
C	Contexto	Contexto Hospitalar

Tabela 1 – Estratégia PCC

Foram selecionados descritores DeCS/MeSH, formando a seguinte frase booleana: (nursing OR nursing interventions) AND (surgical site infection OR prevention of surgical site infection) AND (hospital), obtendo-se 1126 resultados na base de dados da PubMed. Foram introduzidos os critérios de inclusão texto integral, literatura publicada nos últimos 5 anos (2017-2022) e estudos com adultos (+19 anos), e foram obtidos 178 resultados. Após leitura do título e resumo foram selecionados 4 artigos.

A pesquisa foi realizada durante o mês de junho.

RESULTADOS

Artigo / Ano	Objetivo do estudo	Resultados
Artigo 1 – Effectiveness of a multidisciplinary patient care bundle for reducing surgical-site infections. Ano - 2018	Avaliar o impacto dos <i>Bundles</i> na prevenção da infeção do local cirúrgico em doentes submetidos a cirurgia colorretal.	Verificou-se a redução significativa de Infeção do local cirúrgico após a implementação dos <i>Bundles</i> .
Artigo 2 – Economic impact of a care bundle to prevent surgical site infection after craniotomy: a cost analysis study. Ano - 2021	Analisar o impacto económico após a implementação de um <i>Bundle</i> de cuidados para prevenção da infeção do local cirúrgico em doentes submetidos a craniotomia.	A implementação de um <i>Bundle</i> de cuidados para a prevenção da infeção do local cirúrgico em doentes submetidos a craniotomia teve um impacto económico positivo para o sistema de saúde, permitindo uma considerável redução de custos.
Artigo 3 – Método <i>Bundle</i> na redução de infeção do sítio cirúrgico: Revisão sistemática. Ano - 2022	Realizar uma revisão sistemática para examinar a evidência científica disponível sobre o efeito do método <i>Bundle</i> como ferramenta na redução da infeção do local cirúrgico.	Com base nas evidências disponíveis, o uso do método <i>Bundle</i> na prevenção da infeção do local cirúrgico pode reduzir o número de infeções, embora a qualidade de evidência seja baixa. É necessário enfatizar que a qualidade da literatura sobre o assunto não se mostra forte, com poucos estudos randomizados e cegos.
Artigo 4 – An integrative care bundle to prevent surgical site infections among surgical hip patients: A retrospective cohort study. Ano - 2018	Analisar o efeito de um pacote integrado de cuidados na prevenção da infeção do local cirúrgico em doentes submetidos a cirurgia da anca.	Um pacote de cuidados integrados provou ser eficaz na prevenção da infeção do local cirúrgico.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A norma 020/2015 da DGS refere que a implementação do “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico tem como objetivo assegurar que os doentes recebem tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência. A mesma norma acrescenta ainda que a utilização de *Bundles* (“feixes” que são um conjunto de intervenções que são agrupadas e implementadas de forma integrada), confere melhor resultado e maior impacto do que a implementação de cada uma das intervenções individualmente. Dos artigos selecionados, três apoiam que a implementação de *Bundles* é eficaz na diminuição da infecção do local cirúrgico (DGS, 2015).

A utilização de *Bundles* reduziu significativamente a taxa de infeções do local cirúrgico, que se refletiu na redução do tempo de internamento, no entanto, relativamente à taxa de readmissão em 30 dias o mesmo não se verificou. Isto pode ser explicado pelo facto das infeções superficiais e profundas das feridas poderem ser tratadas adequadamente em ambulatório, enquanto que as mais significativas (órgão/espço) requerem admissão em contexto hospitalar. Relativamente ao encerramento da ferida cirúrgica foi comprovado um decréscimo da ocorrência de infeções do local cirúrgico das feridas superficiais e profundas, mas não houve alteração nas infeções de órgão/espço pois estas geralmente resultam da deiscência da anastomose e extravasamento de conteúdo, sendo minimamente influenciadas pelas intervenções incluídas nos *Bundles* (Weiser et al., 2018).

Confere-se um impacto económico positivo para o sistema de saúde, permitindo uma considerável redução de custos, associado à implementação de *Bundles* na prevenção de infeções do local cirúrgico (Jiménez-Martínez et al., 2021).

O mesmo foi apoiado por Wen et al. (2018) que afirma que um pacote de cuidados integrativos, ou seja, *Bundles* provaram ser eficazes na prevenção da infecção do local cirúrgico.

Silva et al. (2022) validou que a utilização de *Bundles* na prevenção da infecção do local cirúrgico pode reduzir o número de infeções, embora a qualidade da evidência seja baixa, enfatizando que a qualidade da literatura sobre o assunto não se mostra forte, com poucos estudos randomizados e cegos. Neste estudo observou-se a

prevalência de *bundles* com 4 a 5 itens de intervenção, sendo que as intervenções com maior frequência foram a profilaxia antibiótica (50%) e o banho pré-operatório (50%).

CONCLUSÕES

Esta revisão permitiu concluir que a utilização do “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico apresentado na norma 020/2015 da DGS contribui para a prevenção de infeções associadas ao local cirúrgico, respondendo à questão de pesquisa.

Refletindo criticamente sobre a elaboração desta revisão, assumo como principal limitação deste estudo o número reduzido de artigos publicados sobre a temática, no entanto os resultados obtidos foram satisfatórios.

Assim, considero de extrema relevância a realização de novos estudos sobre o tema, bem como, a associação de estudos sobre cada uma das intervenções descritas no “feixe” em particular.

A elaboração desta *Scoping Review* consolidou a perceção sobre a pertinência da prevenção das IACS. Desta forma, considero esta experiência enriquecedora e que valoriza a prática baseada na evidência.

BIBLIOGRAFIA

- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2015). Norma 020/2015 de 15 de dezembro. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/DGS-Norma-n.-20-2015.pdf](https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/DGS-Norma-n.-20-2015.pdf)
- Jiménez-Martínez, E., Cuervo, G., Carratalà, J., Hornero, A., Ciercoles, P., Gabarrós, A., Cabellos, C., Pelegrin, I., Domínguez-Luzón, M.A., Càmar, J., Moreno-Fuentes, R., Adamuz, J., Pujol, M. (2021). Economic impact of a care bundle to prevent

- surgical site infection after craniotomy: a cost analysis study. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 10 (146). <https://doi.org/10.1186/s13756-021-01016-4>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Silva, I., Araújo, K., Borges, R., Gomes, J., Castro, J., Oliveira, M., Silva, R., Mendonça, M., Almeida, R., Anchieta, J. (2022). Método *Bundle* na redução de infecção do sítio cirúrgico: Revisão sistemática. *Health Residencies Journal*, 3 (14). <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.312>
- Weiser, M.R., Gonen, M., Usiak, S., Pottinger, T., Samedy, P., Patel, D., Seo, S., Smith, J.J., Guillem, J.G., Temple, L., Nash, G.M., Paty, P.B., Baldwin-Medsker, A., Cheavers, C.E., Eagan, J., Garcia-Aguilar, J. (2018). Effectiveness of a multidisciplinary patient care bundle for reducing surgical-site infections. *Wiley Online Library*, (105), 1690-1687. <https://doi.org/10.1002/bjs.10896>
- Wen, Q.M., Mallya, J.U., Su, S., Pok, L.Y., Lee, H.Y., Siex, M.M.L., Sin Yu, J. K., Jieexun, W. (2018). An integrative care bundle to prevent surgical site infections among surgical hip patients: A retrospective cohort study. *American journal of Infection Control*, (47:5), 540-544. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.10.011>



APÊNDICE 8 – “Plano de Evacuação da Unidade de Cuidados Intensivos”



GRUPO **HPASAÚDE**

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – UNIDADE DE FARO

Elaboração: Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica
Nádia Costa 24-01-2023

1. OBJETIVOS

- Promover a evacuação rápida e segura, no caso de ocorrer uma ameaça ou emergência, de todos os pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI);
- Definir o sistema de triagem dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos;
- Identificar os serviços de refúgio.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os colaboradores da UCI do HPA.

3. RESPONSABILIDADE

É da responsabilidade de todos os colaboradores do Grupo HPA.

4. ABREVIATURAS

FiO₂ – Fração inspirada de oxigénio

H₂O – Água

PEEP – *Positive end-expiratory pressure*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

5. ENQUADRAMENTO

O plano específico que a seguir apresento é um documento dinâmico, naturalmente sujeito a alterações, ajuste e outras melhorias que o mantenham atualizado e sempre enquadrado no Plano de Segurança Interna do Hospital Particular do Algarve

- Unidade de Faro, do qual será parte integrante.

Todas as ocorrências verificadas, mesmo em situação de simulacro, deverão, obrigatoriamente, ser registadas e documentadas por forma a que sejam assegurados os procedimentos de melhoria e corretivos que se mostrem necessários.

6. PLANO DE EVACUAÇÃO

O circuito de evacuação inicia-se pela porta principal da UCI que dá acesso ao átrio do piso 1, e, ao serviço X.

Todas as saídas de emergência e circuitos de evacuação do serviço devem manter-se desimpedidos e acessíveis, permanentemente.

7. METODOLOGIA DE EVACUAÇÃO DE PACIENTES

A evacuação dos pacientes deve ser realizada de uma forma organizada e rápida, e deve seguir as seguintes indicações:

- Manter a calma;
- Não incentivar situações alarmistas;
- Não levar objetos pessoais e, não tentar recuperar objetos que fiquem para trás;
- Promover a entreaajuda;
- Proceder à evacuação dos pacientes com rapidez, encaminhando os mesmos até às vias de evacuação;
- Não voltar a entrar numa área evacuada;
- Manter a tranquilidade e ordem nas áreas seguras;
- Quando a área for evacuada deverá ficar uma pessoa na saída, para impedir a entrada de pessoas que não pertencem à equipa de emergência;
- Quando a evacuação terminar, verificar que não existam ausências e comunicar o final da mesma.

8. SISTEMA DE TRIAGEM DE PACIENTES

PRIORIDADE (P)	EVACUAÇÃO DE PACIENTES
P1	- Conscientes - Sem oxigenoterapia e com oxigenoterapia - Sem suporte aminérgico
P2	- Conscientes - Com ventilação mecânica (não invasiva ou invasiva), com $FiO_2 < 50\%$ e $PEEP < 7$ cmH₂O - Com suporte aminérgico (Adrenalina ou Noradrenalina $< 0,5$ mcgr/Kg/min)
P3	- Inconscientes, com <i>Score</i> > 5 na Escala de <i>Glasgow</i>, seja pela sedação ou por lesão neurológica - Com ventilação mecânica, com FiO_2 50-80% e $PEEP > 8$ e < 10 cmH₂O - Com suporte aminérgico em doses elevadas (Adrenalina ou Noradrenalina 0,5-1 mcgr/Kg/min)
P4	- Inconscientes, com lesão neurológica grave (<i>Score</i> < 5 na Escala de <i>Glasgow</i>) - Com ventilação mecânica, com $FiO_2 > 80\%$ e $PEEP > 10$ cmH₂O - Com suporte aminérgico em doses muito elevadas (Adrenalina ou Noradrenalina > 1 mcgr/Kg/min) - Pacientes em situação de limitação terapêutica ou morte cerebral

9. SERVIÇO DE REFÚGIO

- A tomada de decisão de evacuação dos pacientes da UCI poderá passar pela evacuação parcial (para os serviços de refúgio), ou total dos pacientes (para outra unidade hospitalar);
- A decisão de uma evacuação parcial consiste em mobilizar os pacientes de um serviço para outro no mesmo piso (Piso 1), caso se verifique que a ameaça ou emergência afeta apenas esse serviço, não colocando em risco a operacionalidade de todos os serviços do piso;
- No caso de uma evacuação parcial, os pacientes deverão ser mobilizados na

horizontal, ou seja, para o Internamento Médico-Cirúrgico (Anexo 1), de acordo com o sistema de prioridade de evacuação de pacientes descrito no ponto 7;

- No caso de se verificar a necessidade de uma evacuação total, os doentes deverão ser transportados para outra unidade hospitalar. Deverá ser solicitada a colaboração das Forças de Socorro Externas (Bombeiros, PSP).

10. REDISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS

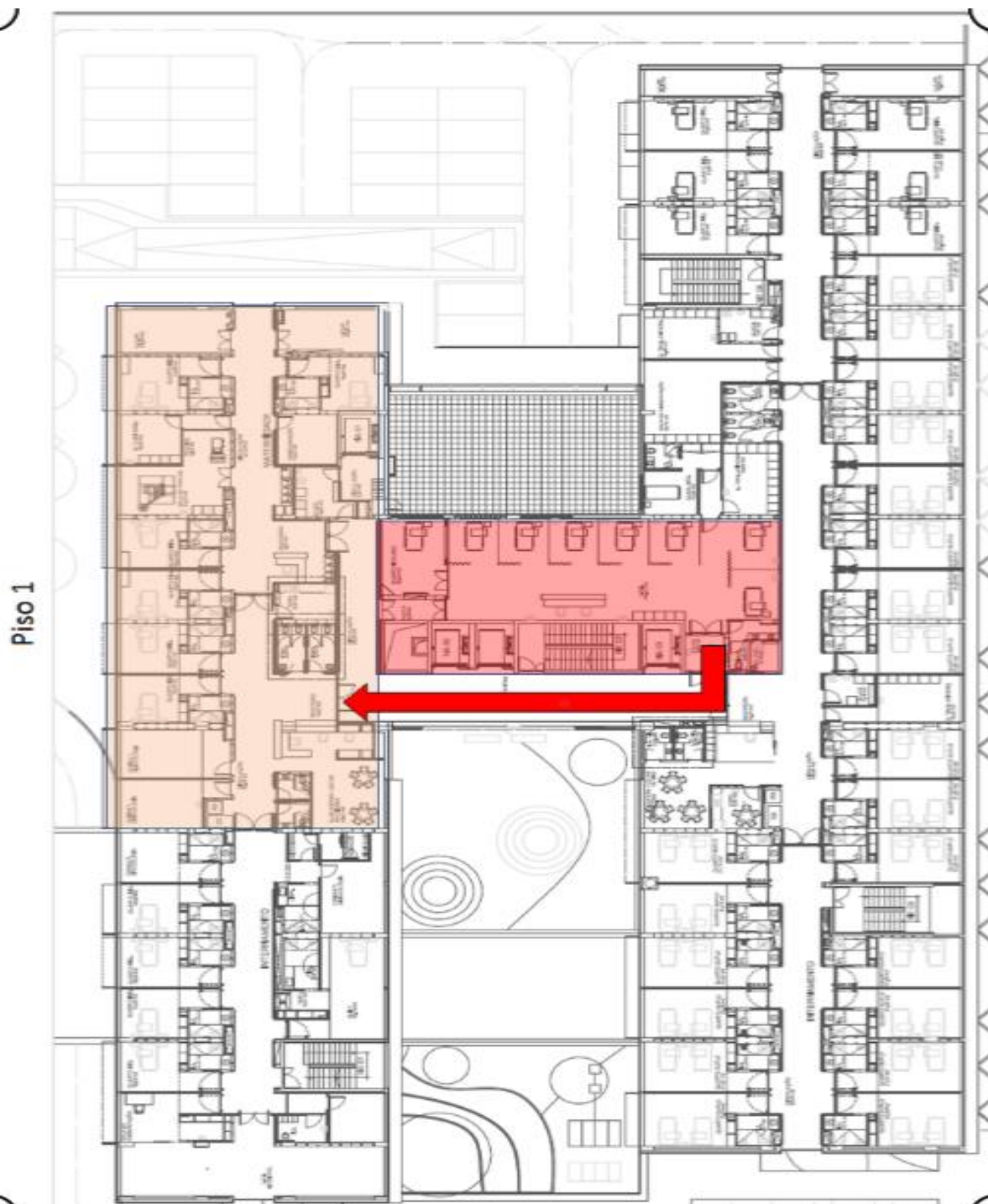
Os recursos materiais da UCI disponíveis para a evacuação dos doentes são:

- Ventiladores portáteis: 6
- Monitores fisiológicos: 11
- Seringas infusoras: 18
- Bombas infusoras: 14

11. BIBLIOGRAFIA

- ✓ Miguel, A. (2020). Plano de Emergência Numa Unidade de Cuidados Intensivos: Evacuação do Doente Crítico, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/>
- ✓ Direção Geral da Saúde [DGS]. (2010). Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. <https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/1955739/ci+9+2011.pdf/77b633593b2ac-e892-3665-7089-19f95b85eb9b?t=1603724737848>
- ✓ Plano de Segurança Interno. (2010). Hospital Particular do Algarve – Faro.
- ✓ Sánchex-palacios, M., Torrent, R., Santana-Cabrera, L., García, JA., Campos, SG., Carrasco de Miguel, V. (2010). Plan de Evacuación de la unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de calidad. Medicina Intensiva, 34(3), 198-202. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000300007#bajo

ANEXO 1 – Plano de Emergência do Piso 1





ANEXOS

**ANEXO 1 – Certificado de participação no IV Seminário Internacional
Vulnerabilidades Sociais e Saúde “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável:
velhos desafios e novas oportunidades”**



ANEXO 2 – Certificado do Curso “*Basic Life Support*”



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Nádia Raquel COSTA

18/11/1984

Obteve a qualificação de ERC
Basic Life Support (BLS)
Operacional
No Setúbal, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
instrutor líder



Data do último curso: 29/04/2022

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-858-731457

ANEXO 3 – Certificado do Curso “*Advanced Life Support*”



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Nádia Raquel COSTA

18/11/1984

Obteve a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Operacional
No Setúbal, Portugal

Ana Catarina PEREIRA MESTRE DA CONCEIÇÃO
diretor de curso



Data do último curso: 21/05/2022

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-618-950118

ANEXO 4 – Certificado do Curso “*International Trauma Life Support*”



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Nádia Raquel Salgado Pereira da Costa, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
6/5/2022

course site
IP Setúbal, Setubal, INTL (International)

course director
Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTrouble/index>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



ITLS 349454-48576
Nádia Raquel Salgado Pereira da Costa, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date 6/5/2022 Expiration Date 06/2025

Course Number 48576 Course Location IP Setúbal, Setubal, INTL (International)