



**Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

**Intervenções de Enfermagem Especializada  
à Pessoa em Situação Crítica que Vivencia uma Rotura de  
Aneurisma Cerebral**

**Susana Filipa Nascimento Aleluia Sobral**

**Lisboa**

**2017**



## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

#### **Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa em Situação Crítica que Vivencia uma Rotura de Aneurisma Cerebral**

**Susana Filipa Nascimento Aleluia Sobral**

Orientador: Maria Cândida Durão

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“a melhoria da segurança do doente requer inevitavelmente mudança, vontade, esforço, muita persistência, com implicações concretas na prática clínica”

(Lage, 2010,p.12).

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos aqueles que ajudaram, na concretização desta etapa do meu percurso profissional, nomeadamente:

Aos três grandes “pilares” da minha vida, que sem dúvida estiveram presentes desde a ideia inicial de me candidatar ao mestrado, até ao final desta etapa, apoiando-me incondicionalmente e transmitindo-me FORÇA, para seguir em frente: O Pedro, meu marido, pela paciência e compreensão. A minha mãe, ouvinte nata e conselheira exímia. O meu pai (não profissional de saúde), pela paciência na leitura de todos os trabalhos realizados durante o mestrado;

À minha afilhada, que apesar de mais “novinha”, sempre se mostrou disponível para ajudar, transmitindo-me ânimo, mesmo nos momentos de maior cansaço;

A toda a minha família e amigos, pela compreensão, nos encontros aos quais não pude estar presente;

À turma do 6º CMEEPSC, pelas horas de convívio, descontração, partilha de experiências e principalmente ao meu grupo de trabalho “Grupo das S”, pelo trabalho de equipa, incentivo, apoio nos momentos bons e menos bons,..., pela construção de uma amizade;

A todos os profissionais que me acolheram e me ajudaram a percorrer este caminho, com ganhos no meu crescimento pessoal e profissional;

Aos meus orientadores, Enf<sup>a</sup> Daniela Santos, Enf<sup>a</sup> Anabela Picado e Enf<sup>o</sup> Carlos Clemente, pela orientação, disponibilidade, motivação e referência para mim, como enfermeiros especialistas, competentes e exímios profissionais;

À professora Cândida Durão, pela sua competência relacional, científica, profissionalismo, disponibilidade, incentivo, orientação neste percurso, assim como pela imposição de momentos de “pausa”!

...a todos, o meu MUITO OBRIGADA!

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AANN – American Association of Neuroscience Nurses

AC – Aneurisma Cerebral

ACI – Artéria Carótida Interna

ACM – Artéria Cerebral Média

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA - American Psychological Association

ATCN – Advanced Trauma Care for Nurses

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – Índice Biespectral

BO – Bloco Operatório

BPS – Behavioral Pain Scale

CA – Cateter Arterial

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CMEEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

CVC – Cateter Venoso Central

DGES – Direção Geral do Ensino Superior

DGS – Direção Geral de Saúde

DNI – Dinitrato de Isossorbido

DR – Diário da República

DTC – Doppler Transcraniano

DVE – Drenagem Ventricular Externa

e/d – enfermeiro/doente

EC – Ensino Clínico/ Estudo de Caso

EEEEMC – Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEG - Eletroencefalograma

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPSC – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ER – Estágio com Relatório

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

etc. – “entre outras”

Ex.: Exemplo

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

FSC – Fluxo Sanguíneo Cerebral

GCS –Glasgow Coma Scale (Escala de Comas de Glasgow)

HCIS – Health Care Information System

HIC – Hipertensão Intracraniana

HSA – Hemorragia Subaracnóidea

HSARAC – Hemorragia Subaracnóidea por rotura de Aneurisma Cerebral

HSJ – Hospital de São João

HTA – Hipertensão Arterial

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

JA – Jornal de Aprendizagem

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

LCS – Lesão Cerebral Secundária

MAV – Malformação Arteriovenosa

MEPSC – Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NCIPC - National Center for Injury Prevention and Control

NCS – Neurocritical Care Society

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. - Página

PA – Pressão Arterial

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAM – Pressão Arterial Média

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PIC – Pressão Intracraniana

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

RCP – Royal College of Physicians

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RNM – Ressonância Magnética

SAV – Suporte Avançado de Vida

SG – Sonda Gástrica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SPAVC – Sociedade Portuguesa de AVC

SPN – Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC-CE – Tomografia Axial Computorizada – Cranioencefálica

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UC – Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgica

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

vs – Versus

WFNS - World Federation of Neurological Surgeons

WHO – World Health Organization

## RESUMO

A Hemorragia Subaracnóideia, por rotura de Aneurisma Cerebral é uma situação com risco de vida e a pessoa vítima da mesma, quando sobrevive, pode ficar com profundos défices físicos e cognitivos. Existe evidência sobre a necessidade de enfermeiros mais especializados na área das neurociências, no sentido da promoção da saúde, redução da incidência da doença e melhoria dos cuidados prestados. O enfermeiro, deve ser um elemento proativo da equipa multidisciplinar, na identificação de sinais e sintomas, prevenção de lesões cerebrais secundárias e prestação de cuidados individualizados ao doente, antes, durante e após o tratamento definitivo, através de intervenções interdependentes, mas principalmente intervenções autónomas, que melhorem o *outcome* neurológico destes doentes, assim como planear intervenções para que os mesmos e familiares, vivenciem os processos de transição de forma positiva e adaptável.

Para desenvolver uma prática profissional mais complexa e especializada, perante um doente em situação crítica de doença, na prestação de cuidados com segurança, qualidade e com base numa tomada de decisão refletida, baseada em evidência atual e fidedigna, surgiu a realização do projeto, implementação em estágio e constatação com o relatório, da prossecução do percurso profissional de desenvolvimento de competências, na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, tendo em conta os desafios atuais na saúde. O percurso de desenvolvimento de competências tem por base as estipuladas para o curso de mestrado em enfermagem, pressupostos dos Descritores de Dublin – 2º ciclo de estudos e competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (competências comuns do enfermeiro especialista e de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica). Adquiridas e demonstradas as competências referidas, considera-se existirem bases para uma prestação de cuidados de excelência, influenciando a mudança na área da saúde e nos cuidados de enfermagem.

Palavras Chave: Hemorragia Subaracnóideia; Aneurisma Cerebral; Intervenções de Enfermagem Especializada e Lesão Cerebral Secundária.

## **ABSTRACT**

The Subarachnoid Hemorrhage, by rupture of Cerebral Aneurysm is a life threatening situation, whose surviving victims might end up with severe physical and cognitive deficits. The necessity of more specialized nurses in the field of the neurosciences has been proven, as it promotes health, the reduction of disease incidence and improvement of provided care. The nurse must be a proactive element of the multidisciplinary team by the identification of signs and symptoms, prevention of secondary brain injuries and individualized care to the patient before, during and after the definitive treatment, through interdependent interventions, but mainly independent interventions that improve the neurological *outcome* of these patients, as to plan interventions so they, along with their families, can experience the process of transition in a positive, adaptable way.

In order to develop a more complex and specialized professional practice, facing a patient in a critical state of disease, in the provision of care with safety, quality and built on reflected decision making, based on current and reliable evidence, emerged the execution of the project, the implementation in internship and the confirmation with the report, of the pursuit of the professional path in skill development in the field of nursing care provision to a person in a critical situation, in an emergency and intensive care's unit context, considering the current challenges in health. The development of skills' path is based upon those stipulated for the Master's degree course in Nursing, by the Dublin Descriptors - 2<sup>nd</sup> cycle of studies and skills defined by the Order of Nurses (common skills of the specialist nurse and specialization in Nursing a Person in Critical Situation). Acquired and demonstrated the skills mentioned, it is considered the existence of the foundations for an excellence care provision, influencing a change in the Health Field and nursing care.

Key words: Subarachnoid Hemorrhage; Intracranial Aneurysm; Advanced Nursing Interventions and Secondary Brain Injury

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1 PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEIA POR ROTURA DE ANEURISMA CEREBRAL</b>	<b>18</b>
1.1 Cuidados de Enfermagem Especializada à PSC que vivencia uma HSARAC e seus familiares	26
<b>2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À PSC EM CONTEXTO DE ESTÁGIO</b>	<b>33</b>
2.1. Intervenções de Enfermagem Especializada à PSC em UCI's	35
2.2 Intervenções de Enfermagem Especializada à PSC em SU	53
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>72</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – Escalas de Avaliação Neurológica e gravidade clínica do doente com HSARAC	
ANEXO II – Problemas associados à Lesão Cerebral	
ANEXO III – Certificado do Curso “6 <sup>th</sup> Oporto Neurocritical Care Learning Course”	
ANEXO IV – Certificado do Curso Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN)	
ANEXO V – Certificado do Congresso Status 5 – Trauma, Emergência, Reanimação – O Estado da Arte	
ANEXO VI – Certificado do Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV)	
ANEXO VII – Certificado do Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico- Cirúrgica (EEEEMC)	

ANEXO VIII – Certificado do IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto

APÊNDICES

APÊNDICE I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura (RIL)

APÊNDICE II – Objetivos, Atividades e Indicadores de Qualidade – SU e UCI

APÊNDICE III – Cronograma do 3º Semestre

APÊNDICE IV - Póster “Lesões do Sistema Vasculiar Cerebral” e “Lesões dos Pares Cranianos”

APÊNDICE V – “Protocolo de Intervenções de Enfermagem, no doente que vivencia uma Hemorragia Subaracnóideia, por rotura de Aneurisma Cerebral”

APÊNDICE VI - “Protocolo da Insulinoterapia em Perfusão no Doente Neurocrítico”

APÊNDICE VII – Póster das “Intervenções de Enfermagem Especializada ao doente vítima de rotura de Aneurisma Cerebral”

APÊNDICE VIII – Póster “Intervenção Especializada de Enfermagem, ao doente que vivencia um AVC”

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório (ER), inserida no 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (CMEEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), faz parte integrante, a realização de um relatório, que evidencie o percurso do estudante, no desenvolvimento de competências, na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (PSC), demonstrando produção de conhecimento, com base numa prática baseada na evidência, pensamento crítico e tomada de decisão refletida, adquirindo assim bases para uma prestação de cuidados de excelência, nos diferentes contextos clínicos, influenciando a mudança na área da prestação de cuidados em saúde (ESEL, 2010).

A evolução da sociedade exige progresso na saúde e, conseqüentemente, melhoria na qualidade dos cuidados que são prestados. Cabe aos profissionais e nomeadamente aos enfermeiros, ter a pretensão de possuir conhecimentos, cada vez mais atualizados, promovendo uma prática profissional mais complexa e especializada (Fonseca, 2015), utilizando de forma competente as novas tecnologias, mas sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015), prestando cuidados personalizados, tendo em conta as necessidades da pessoa, família ou comunidade. A motivação do enfermeiro em querer aprofundar conhecimentos, para melhorar o seu desempenho e o ingresso numa especialidade, mestrado e/ou doutoramento, promove a arte do cuidar devidamente acreditada, pela contínua formação (Nunes, 2003 citada por Fonseca, 2015). Por sua vez, no aprofundar de competências, o enfermeiro, que caracteriza e documenta, as suas observações, intervenções e tomadas de decisão, com base em reflexão e evidência, valoriza a profissão (Benner, 2001).

Assim, este relatório visa demonstrar o percurso realizado em contexto de estágio, tendo como linhas orientadoras para o desenvolvimento de competências, as definidas para o curso de mestrado em enfermagem (ESEL, 2010), com base nos pressupostos dos Descritores de Dublin – 2º ciclo de estudos (DGES, 2008) e que dão resposta às competências definidas pela (OE, 2011a, 2011b), relativamente às competências comuns do enfermeiro

especialista e às da área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC), seguindo o Modelo Dreyfus (1980) adotado/citado por Benner (2001) à prática de enfermagem, no qual o desenvolvimento de competências ocorre por estádios: de iniciado, a perito, onde ao longo do percurso, vão sendo adquiridos conhecimentos/competências, para melhor responder às necessidades do doente e seus familiares, assim como às situações impostas pelo contexto. O aprofundar destas competências permite um crescimento sustentado e orientado, com a pretensão de desenvolver características de enfermeiro *perito*, definidas por Benner como o enfermeiro com, “uma enorme experiência, compreendendo de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema...” (Benner, 2001, p.58).

Como profissional e estudante do CMEEPSC, o princípio orientador para a elaboração do projeto, implementação do mesmo em contexto de estágio e comprovativo da sua concretização, com o presente relatório, foi a escolha de um tema do meu interesse, com necessidade de investigação e que fosse ao encontro das competências referidas anteriormente.

A escolha da problemática, “Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa em Situação Crítica, que Vivencia uma Rotura de Aneurisma Cerebral”, teve por base a minha prestação de cuidados diretos, a doentes do foro neurocirúrgico, internados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Cirúrgica (UCIC). Presto cuidados a todos os doentes e familiares, mas os que me suscitam maior “desafio”, pela complexidade do seu estado clínico, intervenções específicas, execução de um processo de enfermagem mais complexo, que obriga a uma maior capacidade de gestão de cuidados, assim como constante reformulação do planeamento dos cuidados, são os doentes em situação crítica, por Hemorragia Subaracnóideia (HSA), desencadeada pela rotura não traumática, de um Aneurisma Cerebral (AC). A prestação dos cuidados a estes doentes é desafiadora, pela complexidade, dada a rapidez de deterioração ou flutuação do seu estado clínico, exigindo equipas com experiência na gestão dos cuidados neurocríticos (Wijdicks, Menon & Smith, 2015), destacando-se a necessidade de enfermeiros especializados na prestação dos mesmos (Lamb, 2014) para melhorar os resultados e diminuir sequelas evitáveis. Com a realização deste percurso tive como intuito aprofundar as intervenções interdependentes, mas principalmente autónomas

de enfermagem, que contribuíssem para minimizar a lesão cerebral secundária (LCS) no doente vítima de HSA, por rotura de AC (HSARAC), de modo a proporcionar-lhes um melhor *outcome* neurológico e conseqüentemente, melhor qualidade de vida, após a vivência de um evento com uma taxa de morbimortalidade tão significativa.

O enfermeiro especialista, é um elemento fundamental, na *gestão* do cuidado ao doente com HSA (Shah & Christensen, 2012), prevenindo o agravamento da lesão e promovendo a segurança do doente, através da identificação, avaliação e hierarquização dos riscos, reconhecendo as ações a desencadear (Direção Geral de Saúde (DGS), 2015a), promovendo a melhoria do seu *outcome*. A prestação de cuidados a estes doentes, requer assim, um elemento proativo da equipa multidisciplinar, para identificação de sinais e sintomas, intervenção personalizada na antecipação de cuidados, assim como prestação dos mesmos, de forma holística a estes doentes e seus familiares (Cook, 2008).

Recentemente, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), emanou o novo modelo organizacional, no que concerne à priorização dos cuidados ao doente com aneurisma da circulação cerebral.

de modo colaborativo, garantirão assistência permanente, 24 horas sobre 24 horas, a todos os doentes com esta patologia (...) Durante os dias da semana (...) assegurarão uma cobertura ininterrupta (com garantia dos meios humanos e técnicos adequados); (...) aos fins-de-semana (...) assegurarão rotativamente esta assistência ... (ERS, 2016, p.41).

Tendo em conta que presto cuidados a doentes do foro neurocirúrgico, numa UCI, numa das instituições incluídas neste modelo e de acordo com a necessidade de cooperação entre os profissionais das mesmas, considerei ser pertinente a escolha de instituições, para a realização do meu estágio, na prestação de cuidados à PSC, em Serviço de Urgência (SU) Polivalente (SUP) e em UCI direcionada para a prestação de cuidados à pessoa em estado neurocrítico. O motivo pelo qual foi tomada esta decisão, prende-se com a necessidade de *contactar* com potenciais momentos de aprendizagem entre equipa multidisciplinar e pares, na prestação de cuidados à PSC que vivencia uma HSARAC, no sentido da partilha de conhecimentos, com base em evidência atual e fidedigna, permitindo a mudança de comportamentos e melhoria da qualidade nos cuidados prestados, perante intervenções

interdependentes e autónomas de enfermagem, assim como na uniformização dos cuidados tão específicos e complexos a prestar a estes doentes. Conseguindo desta forma, ir ao encontro do meu objetivo primordial: melhorar a minha prestação de cuidados a estes doentes que vivenciam processos complexos de doença neurocrítica, através do aprofundar dos conhecimentos na articulação com estas equipas multidisciplinares de contexto de estágio, levando esse “saber” para o meu contexto profissional e permitindo a transmissão do mesmo entre pares e equipa multidisciplinar. A utilização de fontes de informação credíveis permitem-me elaborar projetos de investigação, promovendo uma tomada de decisão sustentada e refletida, na promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação destes doentes, proporcionando-lhes qualidade de vida, assim como aos seus familiares e qualidade nos serviços que lhes prestam cuidados especializados (ESEL, 2010; OE, 2011b & OE, 2015).

Tendo em conta o referido, a escolha do tema teve por base, uma necessidade/interesse pessoal e profissional, no futuro desenvolvimento de competências especializadas, na abordagem destes doentes em situação clínica complexa e pela constatação da dificuldade que os familiares dos mesmos vivenciam, durante esta experiência de transição, do tipo situacional; saúde/doença e/ou organizacional, ou seja, modelos múltiplos de transição (Meleis, et al, 2000, 2010), os quais necessitam de orientação e apoio, para se adaptarem a esta mudança nas suas vidas.

Para sustentar a minha resposta às necessidades do doente que vivencia uma situação crítica de doença, assim como os seus familiares, tive como *guia* da minha prestação de cuidados, Boykin & Schoenhofer (2013), com a teoria do *Nursing as Caring*, a qual tem por base a intencionalidade do cuidado. Nesta teoria, *Cuidar* é uma característica essencial e expressão do ser humano, no contexto da responsabilidade relacional e de acordo com as mesmas autoras, uma forma de vida baseada no cuidado *personhood*. A enfermeira ao conhecer e reconhecer as expressões daqueles que são cuidados, permite-lhe conhecer-se como cuidado e cuidador. A prestação de cuidados ao doente com HSARAC, é por si só, um cuidado complexo e esta teoria tornou-se um guia orientador/referência da minha prática de cuidados, permitindo-me um pensamento mais complexo e refletido na minha tomada de

decisão. Nesta teoria está inerente a concepção *Dancing of Caring Persons* em que todas as pessoas (equipa de profissionais, doente e família), estão envolvidos no cuidado e detêm uma participação igualitária, algo fundamental para a melhoria na prestação de cuidados a estes doentes. Mas este cuidado, não se centra apenas na pessoa doente, mas também nos seus familiares e nos profissionais que lhes prestam cuidados, porque as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade em cada momento (Boykin & Schoenhofer, 2013).

A base da enfermagem estabelece-se nas interações com as pessoas e a relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e o doente/família, possibilita que experiências vividas e compartilhadas pelos mesmos, permitam a sua compreensão, conhecendo o outro e as suas necessidades. Daí que foi também fundamental, *apoiar-me* nos pressupostos da *Teoria das Transições* de Afaf Meleis (2000, 2010), como alicerce à prestação de cuidados ao doente e seus familiares, que perante esta doença vivenciam processos de transição. Perante um doente com HSARAC, em situação crítica, criam-se processos de transição, que para serem ultrapassados de forma *positiva/saudável*, os profissionais, segundo Meleis, et al (2000), necessitam de entender o próprio processo e implementar intervenções que prestem apoio efetivo às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de *bem estar*. Ou seja, as intervenções de enfermagem devem focar-se de acordo com a mesma autora (Meleis, 2010), na prevenção, promoção e na mediação do processo de transição. Para além da avaliação das necessidades do doente, é essencial, a perceção das necessidades da família, pois a HSARAC é um acontecimento súbito e inesperado, causador de angústia, ansiedade, medo e dúvidas. Deve perceber-se o momento que estão a viver, o impacto da doença na dinâmica familiar e interagir com os mesmos (envolvendo-os no cuidado), utilizando a comunicação e a compaixão, como estratégias de resposta (Bramhall, 2014). O enfermeiro de prática avançada, torna-se um elemento crucial, no cuidar do doente que vivencia uma rotura de AC, assim como no cuidar dos familiares.

A fundamentação do tema, integração no projeto de estágio e no presente relatório, teve por base a realização de uma pesquisa bibliográfica livre e de uma revisão integrativa da literatura (RIL). A RIL, permite sistematizar o conhecimento científico, sobre uma problemática, de forma a ser conhecido a sua evolução ao longo do tempo (Equipe EaD, 2014). A questão orientadora da

RIL, foi: *Quais os cuidados de enfermagem especializada, que contribuem para melhorar o outcome do doente com HSA, por rotura de AC, em contexto de SU e UCI?*”.

De acordo com o referido, o planeamento do meu percurso evolutivo pessoal e profissional, no desenvolvimento de competências baseou-se em evidência científica, com a investigação sobre a problemática e em 50 horas de EC (idas a campo), com o intuito de perceber quais os contextos que melhor dariam resposta à minha problemática. A concretização do projeto na prática, decorreu no 3º semestre do CMEEPSC, com a realização do estágio, num período de 500 horas, iniciado a 3 de outubro de 2016 e com término a 3 de Março de 2017, subdividido em duas UCI's de referência para o doente neurocrítico e um SUP.

O presente relatório corresponde à *sinopse* crítica e reflexiva deste percurso de desenvolvimento de competências e promoção de uma prática profissional mais complexa e especializada.

Assim, foi definido como objetivo geral deste trabalho: - Desenvolver competências de enfermagem especializada no cuidar da PSC, particularmente nas situações determinadas por HSARAC, em contexto de UCI e SU.

Para dar resposta ao objetivo definido, foi desenhado um percurso, do qual o presente trabalho é parte integrante. O mesmo está organizado em 4 capítulos, iniciando-se com a presente nota introdutória, como contextualização e justificação do âmbito do relatório e finalidade do mesmo. No 2º capítulo, é feito um enquadramento teórico e uma contextualização do tema da problemática em estudo, bem como uma abordagem aos cuidados de enfermagem a prestar ao doente vítima de HSARAC e seus familiares, com base numa pesquisa bibliográfica livre, *guidelines* atuais sobre o tema, assim como integração dos dados da RIL. Segue-se o capítulo referente ao percurso de desenvolvimento de competências clínicas, na prestação de cuidados à PSC, durante o estágio, em contexto de UCI e SU e o resumo das intervenções de enfermagem especializada ao doente que vivencia HSARAC e seus familiares. O último capítulo, contempla as considerações finais, ou seja, uma síntese dos temas abordados, dificuldades sentidas e propostas futuras.

A metodologia utilizada neste trabalho foi a análise crítica e reflexiva de documentos obtidos em pesquisa bibliografia livre, dados da RIL, *guidelines*, documentos emanados pela OE, DGS e outros realizados em período de estágio (Jornal de Aprendizagem (JA), Estudos de Caso (EC), Relatórios de Congressos e trabalhos realizados, segundo necessidades de formação de cada contexto de estágio). A norma APA (American Psychological Association), foi a norma utilizada na referência bibliográfica, conforme o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2017).

# **1 PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEIA POR ROTURA DE ANEURISMA CEREBRAL**

A sustentação do desenvolvimento de competências, na prestação de cuidados à PSC, deve basear-se em reflexão e pensamento crítico, sobre conceitos cruciais.

Assim, o conceito de PSC, refere-se a uma pessoa doente em situação aguda por doença ou lesão, incapaz de manter, de forma independente, o seu equilíbrio fisiológico, revelando risco elevado de desenvolver instabilidade de diferentes focos orgânicos (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). A sobrevivência deste doente "...cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, (...) depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica." (OE, 2011b, p.8656), ou seja, exige cuidados prestados por uma equipa especializada, na qual a intervenção de enfermagem especializada, tem um papel crucial.

O acidente vascular cerebral (AVC), também conhecido por enfarte cerebral ou apoplexia (Greenberg, 2013), é "...o termo que descreve um défice neurológico agudo que persiste por mais de 24 horas e é causado pela interrupção da corrente sanguínea ao encéfalo." (Urden et al, 2008, p.764). Por ano, 15 milhões de pessoas no mundo sofrem um AVC e dessas, 6 milhões não sobrevivem. Em Portugal, o AVC é a principal causa de morte (Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC), 2016). Por sua vez, o AVC, é a causa mais frequente de incapacidade neurológica (Urden, et al, 2008) e 85% são consequência de isquémia (AVC Isquémico), provocado por uma diminuição do fluxo sanguíneo numa determinada zona cerebral, geralmente secundário à oclusão de uma artéria; e 15 a 30% consequência de uma hemorragia (AVC Hemorrágico), ocorrendo por rotura espontânea (não traumática) de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro, (hemorragia intraparenquimatosa), para o sistema ventricular (hemorragia intraventricular) e/ou espaço subaracnoideu (HSA) (American Association of Neuroscience Nurses (AANN), 2009; Greenberg, 2013; DGS, 2016 e SPAVC, 2016). A HSA, ocorre entre duas das três camadas meníngeas que revestem o cérebro, a aracnóideia e a pia-mater, provocada em 80% pela rotura de um AC e em 20%

por rotura de uma malformação arteriovenosa (MAV) (Suarez, Tarr, & Selman, 2006 e Greenberg, 2013).

A HSARAC é um tipo de AVC devastador (Dority, 2016) e corresponde entre 4,5 a 13% de todos os AVC's (Steiner, et al, 2013), tratando-se de um problema de saúde, com uma incidência aproximada de 9/ 100.000 habitantes, com uma taxa de mortalidade de cerca de 60% em 6 meses. Os AC's afetam cerca de 3,6-6,0% da população mundial (Bowles, 2014) e a Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia (SPN, 2012), estima que cerca de 5% da população seja portadora de um AC não roto, com uma taxa anual de rotura de cerca de 2%, ocorrendo cerca de 12 casos de HSA aneurismática por cada 100.000 habitantes/ano. Cerca de 10 a 15% das pessoas com HSARAC morrem antes de chegar ao hospital e 25% morrem dentro de 24 horas após a hemorragia (SPN, 2012), com taxas de sobrevivência global estimada em 50% (Royal College of Physicians (RCP) 2012, citado por Bowles, 2014). Embora as tendências globais mostrem que as taxas de sobrevivência estão a aumentar (Bowles, 2014), a incidência parece estar praticamente inalterada (Connolly, et al, 2012). Existe um aumento da sobrevivência à HSARAC, mas com défices físicos e cognitivos, “um terço dos sobreviventes têm défices neurológicos major, metade permanece com alterações da memória e humor a longo prazo e 20% ficam dependentes nas atividades de vida diária” (Rocha & Braga, 2016,p.275), aumentando os custos para o Sistema Nacional de Saúde (SNS), (internamento, serviços de reabilitação e comunitários), para satisfazer as potenciais necessidades de cuidados a longo prazo destes doentes (RCP, 2012, citado por Bowles, 2014).

A HSA é um evento que implica risco de vida (Lange, 2009), que se apresenta com uma série de sinais e sintomas e, a demora no seu reconhecimento, promove o aumento da morbidade e mortalidade da pessoa (National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC), 2008 citado por AANN, 2009). Esta situação ocorre pela libertação de sangue no espaço subaracnoideu, provocar um aumento da pressão intracraniana (PIC) (Lange, 2009). Isto é, a caixa craniana possibilita uma ótima proteção física ao cérebro, mas sendo uma “caixa rígida”, não flexível, é pouco susceptível a variações de volume (Haines, 2006). A ocorrência de mecanismos de lesão primária (agressão direta, neste caso por HSA), provoca o aumento no volume

intracraniano, com conseqüente incremento de Hipertensão Intracraniana (HIC) (Dunn, 2002), lesão das estruturas subjacentes, com conseqüente diminuição/sessar da perfusão cerebral, colocando doentes vulneráveis em risco (desencadear de LCS's iniciadas minutos, horas ou dias após a lesão primária).

A HSARAC, ocorre em qualquer idade, mas a taxa de incidência, é maior entre os 50 e 60 anos (Steiner, et al, 2013), existem por sua vez 20% de casos entre os 15 e os 45 anos (Greenberg, 2013), mas na prática clínica também ocorrem episódios, em doentes com mais de 60 anos. A incidência global é maior nos indivíduos de raça negra, nos homens até aos 55 anos e nas mulheres após essa idade (Rooij, et al, 2007), havendo uma maior prevalência, em mulheres (Connolly, et al, 2012). Os fatores de risco subdividem-se em modificáveis (hipertensão arterial (HTA), tabagismo, consumo de álcool e drogas e anticoncepcionais orais), não modificáveis (sexo feminino, idade, história familiar, predisposição congénita) e por condições associadas (ateroesclerose, infeção, etc.) (Steiner, et al, 2013).

O AC consiste numa bolsa saliente ou dilatação da parede de uma artéria fragilizada, que se desenvolve frequentemente na bifurcação das artérias, na região do polígono de Willis, na base do cérebro, no espaço subaracnoideu, onde se encontram os grandes vasos cerebrais e portanto, a maioria dos aneurismas intracranianos (Bowles, 2014). A rotura é precipitada por um aumento repentino da pressão arterial (PA), provocada por um evento não traumático (atividade física, período de maior stress, atividade sexual, ou seja, atividades que exijam esforço), manifestando-se em 97% dos casos por dor de cabeça aguda e de início súbito (Greenberg, 2013), descrita como a "The worst headache of my life"<sup>1</sup> (Connolly, et al, 2012, p.8). Muitos doentes não apresentam outras queixas mas, náuseas e vômitos, síncope, rigidez da nuca, confusão mental, alterações visuais ou fotofobia, convulsões, hemiparesias ou hemiplegias, agitação psicomotora ou coma, podem surgir associados (Greenberg, 2013).

A confirmação do diagnóstico, advém da avaliação imagiológica e, como exame de primeira linha, está a Tomografia Axial Computorizada (TAC) (Bowles, 2014; Steiner, et al, 2013 e Connolly, et al, 2012). Posteriormente, é

---

<sup>1</sup> "pior dor de cabeça da minha vida" tradução do autor

feita uma angio-TAC, angio-RNM (Ressonância Magnética) ou angiografia convencional, sendo este último, o *gold standard*, que apesar de mais invasivo, para além do diagnóstico, pode promover também o tratamento.

Os principais fatores de prognóstico da HSARAC são: o estado neurológico do doente à admissão hospitalar, a idade e a quantidade de sangue subaracnoideu visível na TAC-cranioencefálica (CE) inicial. Tendo em conta estes fatores, existem escalas para uma avaliação fidedigna, conforme apresentam Rosen & Macdonald (2005): a escala de avaliação do score neurológico do doente: Glasgow Coma Scale (GCS) (Anexo I) e as escalas de gravidade clínica da HSA: Escala de Hunt & Hess (Anexo I), avalia o grau de comprometimento clínico do doente com HSA à admissão hospitalar, sendo que quanto maior a classificação, maior a sintomatologia clínica do doente. A escala de Fisher (Anexo I), permite quantificar a presença de sangue no espaço subaracnoideu, através da TAC-CE e quanto maior a classificação maior a quantidade de sangue observada no exame. A escala de World Federation of Neurological Surgeons (WFNS, 2011) (Anexo I) relaciona os dados obtidos pela GCS e a presença ou ausência de défices focais, para determinar a gravidade da lesão e para prever os *outcomes* dos doentes.

O doente admitido num SU, após a confirmação do diagnóstico, deverá ser transferido para uma UCIntermédios/UCI, a aguardar tratamento, pela necessidade de uma vigilância mais rigorosa (Manoel, et al, 2016), com suporte neurológico e sistémico, neuromonitorização multimodal, tratamento precoce (controle da PIC e otimização da função cerebral, prevenção e tratamento de complicações/LCS's), prestada por uma equipa com experiência de cuidados ao doente neurocrítico (Wijdicks, Menon & Smith, 2015). Na prática clínica (maioritariamente por falta de vagas), nem sempre é possível e o doente permanece em alguns casos no SU, a aguardar tratamento. “O utente dos serviços de saúde tem direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos.” (Diário da República (DR), 2014 (Lei n.º 15/2014), p.2128), assim e tendo em conta o referido pela ERS (2016), não existindo vaga de internamento em UCI na instituição de admissão desta PSC, proporcionando-lhe cuidados mais especializados, deve ponderar-se a sua transferência para outra instituição hospitalar com recursos humanos e técnicos, na área do doente neurocrítico.

Tendo em conta o referido, a pessoa que vivencia uma HSARAC, é uma PSC, que de acordo com o foco da lesão, se define como *Doente Neurocrítico*, que para a Neurocritical Care Society (NCS, 2017), são doentes com doenças neurológicas e neurocirúrgicas com risco de vida, tais como AVC, hemorragia cerebral (HSA, hemorragia intracerebral, hemorragia subdural, hemorragia intraventricular), tumores cerebrais, traumatismo cranioencefálico (TCE), estado epiléptico, doenças neuromusculares (miastenia gravis, síndrome de Guillain-Barré), patologia da medula espinhal e complicações cardiopulmonares por lesão cerebral. Os cuidados ao doente neurocrítico, focam-se na melhoria do seu *outcome* neurológico, integrando e equilibrando a gestão do *cérebro* e do *corpo* daquele doente, no cenário de doença crítica (Kuroda, 2016).

A prestação de cuidados ao doente neurocrítico, é um desafio constante, devido à sua complexidade, pela individualidade da resposta a cada pessoa em particular. Se estes cuidados forem interligados com uma monitorização avançada, assume-se a importância do cuidar tecnológico, no qual a tecnologia é utilizada como um meio para o benefício do *outcome* do doente (Locsin, 2005).

A monitorização do doente neurocrítico, outro dos conceitos cruciais, permite identificar, por meio da observação e dos equipamentos tecnológicos, sinais que indicam deterioração do normal funcionamento/perfusão cerebral, que se não forem revertidos em tempo útil, poderão levar à morte cerebral. A monitorização multimodal do cérebro destes doentes, é uma ferramenta importante para a decisão clínica à cabeceira do mesmo. O conjunto de dados obtidos pelos vários monitores cerebrais, ajudam a compreender os eventos fisiológicos da lesão aguda e a definir alvos terapêuticos específicos para cada doente. Passando-se, assim da avaliação neurológica clínica pura, para uma era de estrutura e definição de imagem, associada à monitoração instrumental da pressão, fluxo, oxigenação e metabolismo, de modo a assegurar um fluxo sanguíneo cerebral (FSC) e metabolismo adequado, evitar LCS's e preservar o tecido normal. A monitorização multimodal do cérebro ajuda a equipa multidisciplinar a compreender melhor a fisiopatologia da lesão cerebral aguda, fornecendo informações cruciais e em tempo real, sobre a evolução dinâmica da lesão cerebral, permitindo evitar LCS's, reconhecer eventos adversos e melhorar o tratamento individualizado dos doentes neurológicos

agudos/graves, admitidos em SU e posteriormente transferidos para Unidades de Cuidados Neurocríticos (Dias, 2014).

Diagnosticada e avaliada a gravidade clínica, (de acordo com a extensão da HSA), é decidido o tratamento, que deverá ocorrer tão cedo quanto logística e tecnicamente for possível, para reduzir o risco de re-hemorragia, (dentro das 72H, após o início dos primeiros sintomas) (Steiner, et al, 2013). O tratamento ideal no doente com HSARAC, depende da idade, da condição clínica do mesmo, assim como da anatomia e localização do AC (Greenberg, 2013). A abordagem de tratamento pode ser: - o procedimento cirúrgico: isolamento do AC, através da aplicação de um clip, permanente que confere, na maioria dos casos, um tratamento eficaz e definitivo. Posteriormente, um exame de imagem confirma a exclusão do AC e a preservação da circulação normal; ou - por procedimento endovascular: através de angiografia, por via femoral, realiza-se a embolização do AC com microespiras – “coils” (Bowles, 2014).

A lesão cerebral primária (HSA), provocada pela rotura do AC, por consequência da resposta inflamatória do cérebro à mesma, pode levar ao aparecimento de LCS's, (Fugate, et al, 2012), lesão cerebral resultante do aumento da PIC: re - hemorragia, hidrocefalia aguda, vasospasmo e isquemia cerebral. A re-hemorragia, está associada a uma elevada taxa de mortalidade e mau prognóstico (Connolly, et al, 2012). A maioria destes doentes entra em morte cerebral, pela extensão da hemorragia. O risco é maior nas primeiras 2 a 12 horas, com taxas de ocorrência entre 4% e 13,6% nas primeiras 24 horas. As recomendações para prevenir a re-hemorragia, passam por estipulação de parâmetros específicos de controlo da pressão arterial sistólica ( $90 > PAS < 160 \text{mmHg}$ ), e manutenção da pressão de perfusão cerebral ( $PPC > 70 \text{mmHg}$ ), associada com pressão arterial média ( $90 > PAM < 110 \text{mmHg}$ ) e a  $10 > PIC < 20 \text{mmHg}$ , mas o tratamento é essencial e imprescindível, para que esta LCS não ocorra (Connolly, et al, 2012).

A Hidrocefalia, ocorre devido ao sangue da HSA, interferir com o fluxo do líquido cefalorraquidiano (LCR), Doutrina de Monro-Kellie (American College of Surgeons, 2012). O mesmo, leva ao bloqueio do seu circuito normal, provocando o aumento da PIC e conseqüente acumulação excessiva de LCR nos ventrículos cerebrais, levando à necessidade de drenagem do mesmo, através da colocação de um cateter que permite a drenagem do LCR, sistema

de drenagem ventricular externa (DVE) e através do mesmo cateter pode ser colocado um sensor de PIC, para avaliação da mesma, da PPC (Greenberg, 2013), assim como avaliação, da temperatura cerebral. A hidrocefalia aguda é comum na HSA, e está presente em aproximadamente 50% dos doentes na admissão hospitalar (Manoel, et al, 2016), daí que a colocação deste cateter ocorre antes mesmo da realização do tratamento da HSARAC, promovendo uma melhoria do estado neurológico do doente, dentro das 24h (Steiner, et al, 2013). A drenagem do LCR, pode diminuir o risco de isquémia cerebral após HSA, pois diminui a PIC, melhora o FSC na microcirculação, melhorando a perfusão tecidual (Fugate, et al,2012). Existem casos, de doentes que após tratamento da HSARAC, apresentam hidrocefalia "crónica", com necessidade de colocação de um *shunt* ventriculoperitoneal permanente (Connolly, et al,2012), retirando-se a DVE.

O Vasospasmo Cerebral, provoca constrição das artérias cerebrais, diminuindo o volume de sangue que irriga o cérebro levando por vezes a isquémia e conseqüentemente ao enfarte cerebral (Koizumi & Diccini, 2006 e Rank, 2013). Esta é a causa principal de morte tardia e de sequelas neurológicas nos doentes que sobrevivem inicialmente à HSARAC. O seu mecanismo continua sem estar completamente esclarecido, mas o mesmo desenvolve-se, habitualmente entre o 5º e 8º dia após a rotura inicial, geralmente 3 a 14 dias após a HSA, com pico entre o 7º e o 10º dia, daí a necessidade de permanência numa UCI, com vigilância especializada. Um dos sinais, é muitas vezes a confusão, num doente anteriormente orientado (Greenberg, 2013), diminuição do score na GCS, por vezes com défice neurológico focal (fala ou motor). A isquémia posterior ao tratamento da HSARAC é definida, como a ocorrência de comprometimento neurológico focal ou uma diminuição de pelo menos dois valores na GCS, que persiste durante 1 h e não atribuível a outras causas. Esta LCS ocorre em 40% dos doentes que sobrevivem à HSA (Doroty,2016).

Inicialmente pensava-se que a isquémia cerebral seria provocada pelo vasospasmo, no entanto, é importante enfatizar que, embora o vasospasmo cerebral possa contribuir para a isquémia cerebral, os dois fenómenos não são equivalentes (Doroty, 2016). Em 70% dos doentes com HSA, existe evidência angiográfica de vasospasmo, mas só 40% desenvolve isquémia cerebral. Por

sua vez existem doentes com observação de zonas de hipoperfusão, mas sem critérios de vasospasmo angiográfico. O termo vasospasmo deve ser destinado para os doentes com evidência angiográfica de constrição arterial e pode ser avaliado pela realização do doppler transcraniano (DTC), um método não invasivo de avaliação das velocidades de FSC, numa artéria específica através do crânio. O mesmo permite a identificação do risco e prevenção da LCS (vasospasmo, monitorização da perfusão cerebral, HIC e auto-regulação cerebral). Frequentemente utilizado, no diagnóstico de vasospasmo ou hiperémia (Dias, 2014), em que a velocidade de fluxo na Artéria Cerebral média (ACM) > 120 cm/s é representativa de vasospasmo, sendo considerada grave quando > 200 cm/s, uma vez que fatores da PA e FSC total, podem levar a aumento da velocidade por hiperémia e não por estenose focal. A velocidade de fluxo da ACM é comparada ao fluxo da artéria carótida interna (ACI) extracraniana, utilizando-se o chamado “Índice de Lindegaard”, (Lindegaard, K., Nornes, H., Bakke, S., et al., 1988), obtido pelo cálculo da  $v_{ACM}/v_{ACI}$ , que quando > 3, é comprovativo de vasospasmo, enquanto valores abaixo desse patamar correspondem a estado hiperémico. Nos doentes a quem é diagnosticado angiograficamente o vasospasmo e com sintomatologia (Connolly, et al, 2012), para além da administração de nimodipina oral, manutenção de uma euvolemia (Steiner, et al, 2013), evitando a hipervolemia Rank (2013), realização de DTC diário, é realizada uma angiografia com administração de medicação vasodilatadora (ex: Verapamil).

Outras das complicações, são provocadas por alterações metabólicas, iónicas, como a hiper e hiponatremia. A hiponatremia num doente a vivenciar uma situação de HSARAC, pode levar a uma redução do sódio a nível cerebral, tendo como consequência o vasospasmo (Rank, 2013), daí o controlo analítico ser de extrema importância, assim como a avaliação dos débitos urinários e da função renal, pois nestes doentes é frequente o “descontrolo” da Hormona Antidiurética, desenvolvendo-se muitas vezes uma Diabetes Insípida, com necessidade de administração de desmopressina (AANN, 2009). Outras complicações, como hipo/hiperglicémia, anemia, hipertermia, coagulopatias, problemas infecciosos ou de outros órgãos e sistemas, podem dificultar o tratamento e agravar o prognóstico. (Anexo II)

Pela lesão cerebral primária e/ou LCS, advêm sequelas neurológicas e/ou neuropsicológicas, tais como: alterações cognitivas, do comportamento e da memória a curto prazo (Bowles, 2014). Dificuldade na concentração, depressão, tonturas e fadiga, hemiparesia/ hemiplegia, dificuldade na motricidade fina, cefaleia, alterações na coordenação, disartria, afasia de expressão e/ou compreensão, disfagia, alterações visuais, hidrocefalia tardia e epilepsia. Os enfermeiros de neurociências (AANN, 2009), desempenham um papel crucial na monitorização e gestão da prestação de cuidados ao doente com HSARAC, no sentido de detetar sinais de alerta, informar o neurocirurgião sobre os mesmos, prestando cuidados que promovam a perfusão cerebral adequada e evitem a LCS e conseqüentemente evita a morte, melhorando os resultados, tendo em conta que estes doentes têm uma infinidade de necessidades biopsicossociais (Shah & Christensen, 2012) e que os cuidados que prestam devem ser guiados *por guidelines* (Connolly, et al, 2012 e Steiner, et al, 2013), atuais e fidedignas, com base em evidência científica.

### **1.1 Cuidados de Enfermagem Especializada à PSC que vivencia uma HSARAC e seus familiares**

A prática de enfermagem em cuidados críticos é intelectualmente e emocionalmente desafiadora, tendo em conta os contextos em que é prestada (condições de risco de vida). O enfermeiro necessita de conhecimentos e competências altamente diferenciadas, pois é-lhe exigido raciocínio e intervenções rápidas, onde a margem de erro é mínima. É essencial o desenvolvimento de conhecimentos especializados, com base numa aprendizagem experiencial sob tensão e "thinking-in-action"<sup>2</sup> (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

Por sua vez, a prática baseada em evidência concilia a investigação, a experiência/perícia clínica e as necessidades/valores do doente, para uma tomada de decisão, sobre um problema específico (Craig & Smyth, 2002). O uso consciencioso, explícito e criterioso de conhecimentos, obtidos de teorias e investigação, para uma tomada de decisão ética sobre o cuidado prestado ao doente, deve ser levado em consideração, assim como as suas necessidades/preferências individuais (Ingersoll, 2000). Nesta linha de pensamento, o processo de tomada de decisão ética, em contexto de cuidados

---

<sup>2</sup> "pensar na ação" tradução do autor

críticos, é constante e crucial, daí que o pensamento crítico, é necessário para uma reflexão focalizada e conseqüentemente, para uma tomada de decisão sustentada (Hough, 2008). Esta abordagem requer o aprofundar de novas competências, nos diferentes contextos de tomada de decisão, por parte do enfermeiro especialista no cuidado do doente crítico.

O doente com HSARAC, ou seja, PSC/doente neurocrítico, necessita de “...cuidados que exigem uma observação contínua (...), de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011b, p.8656). Nos cuidados ao mesmo, é essencial a avaliação do enfermeiro especialista (no pré tratamento, durante e no pós tratamento, assim como no transporte do doente intra ou inter-hospitalar). O mesmo deve trabalhar em equipa multidisciplinar, de forma a promover o *Gold Standard*: prevenção do aparecimento de LCS's e conseqüentes sequelas, promovendo uma adequada perfusão cerebral, melhorando o *outcome* neurológico do doente.

Conciliando a investigação, a perícia clínica, as necessidades do doente e seus familiares e os dados obtidos na RIL (Protocolo em Apêndice I), pode constatar-se que sendo a HSARAC uma situação com risco de vida, existe a necessidade de profissionais especializados, nomeadamente enfermeiros na área das neurociências, com um papel crucial na promoção da saúde e conseqüente, redução da incidência da doença. Mas, quando o doente é vítima da mesma, existe necessidade de profissionais especializados que evitem o atraso no diagnóstico, promovendo o tratamento precoce e reduzindo a incidência das LCS's subsequentes (Gura, et al, 2012; Bowles, 2014 e Lamb, 2014). Assim, a prestação de cuidados ao doente vítima de HSARAC, requer do enfermeiro, um elemento proativo da equipa multidisciplinar, para identificação de sinais e sintomas, prevenção de complicações, pois, quando sobrevive, estes doentes podem ficar com profundos défices físicos e cognitivos (Bowles, 2014). É demonstrada a importância das intervenções interdependentes (ex.: avaliação do doente, detetando alterações no estado neurológico (GCS), na avaliação pupilar e reação à luz, na força e movimento dos membros; monitorização da volémia, valores analíticos, PAS/PAD/PAM, pressão venosa central (PVC)/PIC/PPC, entre outros parâmetros que indiquem alteração do estado clínico do doente, comunicando à equipa multidisciplinar e

agindo em conformidade; entre outras intervenções abordadas posteriormente) e autónomas de enfermagem (ex.: gestão do ambiente envolvente do doente, como luminosidade, ruído, número de visitas, cuidado no posicionamento da cabeceira do doente, gestão da dor, com medidas não farmacológicas, gerir situações ou cuidados que exijam esforço por parte do doente; assim como outras intervenções abordadas também, posteriormente), na diminuição do risco de LCS's (re-hemorragia, hidrocefalia, vasospasmo e isquémia cerebral), com conseqüente diminuição da PIC, melhoria do FSC na microcirculação, logo da perfusão tecidual (Fugate, et al, 2012;Gura, et al, 2012 e Shah & Christensen, 2012). A recuperação de uma HSARAC envolve um período de mudanças e transições intensas, um período vulnerável para os doentes e familiares, que pode ser minimizado, pela intervenção do enfermeiro especialista, equipa multidisciplinar e equipas de cuidados de saúde domiciliários/ instituições da comunidade, que possam dar continuidade ao processo de reabilitação (o qual deve ser melhorado), (Vogelsang, et al, 2013; Lamb, 2014 e Bowles, 2014). Deve assegurar-se que os doentes e familiares percebem a informação e os cuidados que lhes são prestados e que são envolvidos nos mesmos, antes, durante e após o tratamento definitivo (Lamb, 2014). Estes cuidados devem ser prestados de forma holística (Cook, 2008), visto que, quer os doentes como os seus familiares, acabam por vivenciar alterações no seu ciclo vital, quotidiano, ou seja, na sua própria vida/saúde (OE, 2011c).

As *guidelines* de abordagem à PSC por HSARAC, recomendam (Connolly, et al,2012 e Steiner, et al, 2013) evitar o aparecimento das LCS's, entre outras complicações subjacentes: re-hemorragia, edema cerebral, hidrocefalia, vasospasmo, isquémia cerebral, hipo/hipernatrémia, hipovolémia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, hipo/hiperglicémia, hipertermia, assim como crises convulsivas, problemas cardíacos, infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) (DGS, 2013), como a pneumonia associada à intubação (PAI) (DGS, 2015b), causada pela lesão cerebral aumentar muitas vezes o tempo de necessidade de suporte ventilatório. Para tal, estes doentes exigem monitorização contínua, não só do controlo de parâmetros vitais (ex.:PA, FR, FC, PVC) e específicos (ex.:PAM, PIC, PPC), como a utilização de uma monitorização multimodal, que acrescente instrumentos de avaliação da pressão, fluxo, oxigenação e metabolismo cerebral. A neuromonitorização

multimodal, é uma ferramenta importante para a tomada de decisão à cabeceira do doente (Manoel, et al, 2016). Os parâmetros lidos e interpretados na monitorização multimodal devem ser associados à avaliação do estado neurológico (GCS), avaliação da reatividade e simetria das pupilas oculares, controlo da temperatura, glicémia capilar, volémia, débito urinário, controlo farmacológico, sedoanalgesia, antiepiléticos, laxantes, corticóides, parâmetros ventilatórios/ oxigenação (Steiner, et al, 2013), assim como, a promoção do conforto, diminuição de estímulos externos (Connor & Ortiz, 2009), promovendo um ambiente calmo, promotor de um ciclo circadiano (AANN, 2009), para a estabilização do doente, melhoria da perfusão cerebral e consequente melhoria do *outcome* neurológico.

A equipa prestadora de cuidados ao doente neurocrítico, deve acima de tudo, formar uma equipa multidisciplinar/interdisciplinar, munida de experiência na área das neurociências, prestar cuidados com base não só em protocolos de atuação (baseados em experiência e *guidelines* atuais e fidedignas), como de reabilitação física e mental destes doentes desde o início do seu internamento, envolvendo a família nesses cuidados e na tomada de decisão, quando o doente não tiver condição neurológica para tal. A equipa multidisciplinar deverá, sempre que possível, explicar e incluir o doente e/ou seus familiares na tomada de decisão (Steiner, et al, 2013), por exemplo, sobre o tratamento na HSARAC, tendo em conta os riscos e benefícios e proposta a opção que considerem mais adequada em cada situação particular, isto porque, no cuidado centrado na pessoa, a tomada de decisão é uma ação partilhada McCormack & McCance (2006). É crucial nestas situações a obtenção do consentimento informado, por parte dos mesmos, critério da ética profissional e dos direitos humanos Lamb (2014), “b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;” (OE, 2015, p.8).

O enfermeiro especialista no cuidado à PSC vítima de HSARAC, deve estabelecer como prioridades, (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2010), identificar défices e promover a autonomia do doente quando possível, assim como identificar mecanismos de coping quer no doente, quer nos familiares. Desta forma, apesar de existirem cuidados específicos e característicos, nesta situação de doença, os mesmos devem ser adequados tendo em conta o contexto e a singularidade do doente que a vivencia, assim como os familiares

e profissionais. Isto porque, de acordo com Boykin & Schoenhofer (2013), a pessoa é um ser que cuida em virtude da sua humanidade, daí que todas as pessoas cuidam e são alvo de cuidados. Presente nesta teoria está o conceito *Personhood*, fortalecido pela interação entre os vários elementos do cuidado, nesta interação cabe ao enfermeiro especialista, prestar cuidados, de acordo com as reais necessidades do doente e seus familiares, tendo em conta o ambiente e o momento que estão a viver, de modo a utilizar estratégias adequadas para cada pessoa em particular. O relacionamento interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e o doente, possibilita que experiências vividas e compartilhadas por ambos, permitam a sua compreensão, conhecendo o outro e as suas necessidades.

As intervenções de enfermagem especializada à PSC, são cuidados altamente qualificados, que exigem competências específicas para lidar com as situações emergentes (OE, 2011b), tendo em consideração todos os aspetos inerentes à pessoa, prestando cuidados de forma holística, envolvendo o doente e a família, que acabam por vivenciar mudanças no ciclo vital, sofrendo processos de transição, que para serem ultrapassados, os profissionais, segundo Meleis, et al (2000), necessitam na prática de entender o próprio processo, para implementarem intervenções que prestem ajuda efetiva, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de *bem estar*. Torna-se essencial a perceção das necessidades dos mesmos, por parte do enfermeiro especialista, percebendo o momento que estão a viver, o impacto que o mesmo causa no seio familiar e interagir com os mesmos, através de um cuidado humanizado (OE, 2015), utilizando a comunicação como uma das estratégias de resposta, para ultrapassarem estes processos de forma adaptável.

Os contextos clínicos, que assistem doentes em situação clínica grave, são definidos por uma vigilância intensiva, por uma grande concentração de meios tecnológicos, diagnósticos e terapêuticos, operados por equipas multidisciplinares treinadas para responderem eficazmente às necessidades destes doentes (Ponce, 2002), sem esquecer que “atrás de todos aqueles fios, tubos, lâminas, ruídos e luzes de alarmes há seres humanos cuidando e seres humanos recebendo cuidados, na esperança de viver um pouco mais e melhor.” (Nascimento & Erdmann, 2009, p.6).

Para Benner (2001) o enfermeiro *perito*, deve dominar um conhecimento perceptivo, fundamentado e aprofundado pelo conhecimento concreto da situação, contextualizando-a de forma a prestar de modo individualizado e numa perspetiva holística, qualidade de vida não só ao doente como à família. “A ética em saúde visa essencialmente a qualidade de cuidados prestados, em que todas as acções desenvolvidas devem promover um bem ao utente, família e comunidade.” (Pires,2008, ¶2).

Perante o doente em situação crítica, vítima de HSARAC, existem intervenções de enfermagem especializadas, autónomas e interdependentes, que têm peso crucial no *outcome* neurológico do mesmo. Mas tal, só é concretizável através de um bom trabalho em equipa, implícito no *Dancing of Caring Persons*, de Boykin & Schoenhofer (2013), onde a *dança* inclui um círculo de *dançarinos*, no qual se valoriza cada pessoa, tendo por foco, o cuidado centrado. Não existem posições de poder, cada um traz a sua própria contribuição, permitindo o reconhecimento da importância do trabalho em equipa, nesta *dança de cuidados*.

A relação que se estabelece entre enfermeiro e familiar, tem repercussão no cuidado ao doente em situação crítica (Maruiti & Galdeano, 2006), porque no estabelecer desta relação empática, os familiares verbalizam suas necessidades (percepção da evolução clínica do doente, perceber se o doente não tem dor, se está confortável, se está seguro), permitindo uma diminuição de sentimentos como insegurança, medo do desconhecido, angústia...., sendo através da avaliação da satisfação destas necessidades, que se estabelece a estratégia de resposta às mesmas (Bailey,et al, 2010). O enfermeiro no estabelecer da relação de confiança com a família, inicia o envolvimento da mesma nos cuidados ao doente, sendo que a presença do familiar junto do doente, pode levar a sentimentos de tranquilidade e segurança, num ambiente que é estranho para o mesmo. Para os enfermeiros, a presença dos familiares, torna-se uma fonte de informação credível e fundamental sobre o doente, permitindo uma melhor resposta às suas necessidades.

O Enfermeiro especialista tem competência científica, técnica e humana para prestar, para além de cuidados gerais, cuidados específicos, que englobam intervenções autónomas “... sob sua única e exclusiva iniciativa e

responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais” (OE, 1998, p.4) ou interdependentes,

acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (OE, 1998, p.4-5), no âmbito das suas qualificações profissionais.

Para a visibilidade destas intervenções, as mesmas têm que ser registadas, não se perdendo informação sobre o doente, os cuidados e os resultados obtidos, percebendo-se a evolução clínica do mesmo e para que a tomada de decisão em equipa tenha por base, dados concretos atuais e fidedignos. Relativamente aos cuidados de enfermagem especializada, é essencial o desenvolvimento e utilização de um plano de cuidados (Shah & Christensen, 2012), incluído no processo do doente, onde são identificadas as necessidades do mesmo, realizado o planeamento, implementação das intervenções e avaliação dos resultados. O mesmo deve ser organizado de forma sistemática e individualizada, permitindo uma comunicação eficaz e eficiente do estado clínico do doente. Uma das associações de taxonomias utilizadas é a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Herdman, 2012), para um correto levantamento dos diagnósticos, intervenções, planeamento e avaliação das mesmas, permitindo uma tomada decisão adequada às necessidades desta PSC e seus familiares.

Apesar das intervenções de enfermagem especializada serem individualizadas, centradas no doente e família, um dos diagnósticos para a PSC, vítima de HSARAC é: - Perfusão Tecidual Cerebral Ineficaz, em que o resultado esperado será: - Promoção de um adequado fluxo sanguíneo nos vasos cerebrais, para a melhoria da função cerebral. Para tal, o enfermeiro terá de prestar não só intervenções autónomas como também interdependentes, comunicando à equipa a evolução do estado clínico do doente, tendo em conta os cuidados.

Associado aos registos, está a utilização de tecnologia, que tem vindo a aumentar a segurança e qualidade dos cuidados, pois subsidia na deteção precoce dos sinais de alerta, antecipando-se cuidados daí a necessidade do enfermeiro *dominar* a utilização destes meios (Benner, 2001).

## **2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À PSC EM CONTEXTO DE ESTÁGIO**

Já Florence Nightingale, (Munro, 2010), promovia a prestação de cuidados a soldados gravemente feridos (PSC), tendo conceções tão atuais como, a infeção, os registos, a prática baseada na evidência, assim como os cuidados em fim de vida. Com o passar do tempo, os contextos alteraram-se, ocorrendo uma evolução adaptativa nos cuidados aos doentes em situação crítica, mas mantendo-se a necessidade de produzir evidência, naquelas áreas essenciais como segurança do doente, prática baseada na evidência, bem-estar dos doentes e familiares, cuidados em fim de vida, etc. (Blackwood, et al, 2011).

Ao longo do meu percurso profissional, procurei sempre desenvolver as minhas capacidades para uma melhoria dos cuidados que presto ao doente e seus familiares. Daí o ingresso no mestrado, durante o qual mantive a mesma motivação e procurei desenvolver/aprofundar competências que me permitissem evoluir no sentido da perícia que conforme refere Benner (2001), analisa a situação de forma global, tendo em conta a pessoa como um todo, definindo intervenções direcionadas às necessidades específicas da mesma, familiares e/ou pessoas significativas.

Como fio condutor do meu cuidar, está a Teoria do *Nursing as Caring* de Boykin & Schoenhofer (2013), pela intencionalidade do cuidado, em que todos cuidam e são alvo de cuidados. Imprescindível ao cuidado está a compreensão da situação vivida pelo doente e seus familiares, para que desta forma como enfermeira, consiga definir estratégias que permitam responder às reais necessidades dos mesmos, no ultrapassar dos processos de transição (Meleis, et al, 2000), de forma positiva e adaptável, implícitos à vivência da situação crítica de doença.

A concretização do projeto, com o desenvolvimento de competências clínicas, decorreu no 3º semestre do CMEEPSC, com a realização do estágio, num período de 500 horas, iniciado a 3 de outubro de 2016 e com término a 3 de Março de 2017. O percurso foi desenvolvido e operacionalizado em dois centros hospitalares da área metropolitana de Lisboa: duas UCI's de referência para o doente neurocrítico e um SUP, tendo em conta o tema do meu projeto.

A ordem pela qual realizei o meu percurso de estágio, não teve em conta a entrada do doente e o seu contínuo, no percurso hospitalar. De acordo com o tema do meu projeto, a orientação do meu percurso de estágio foi organizado no sentido de me certificar/confirmar na prática (UCI) (apesar do meu contexto profissional) os défices/sequelas que o doente vítima de HSARAC, pode apresentar no pós-tratamento definitivo, os quais eu como enfermeira, através de intervenções interdependentes e autónomas de enfermagem especializada, poderei prevenir/minimizar, antecipando cuidados na entrada do doente no hospital, nos cuidados anteriores ao tratamento definitivo (SU - UCI), com o intuito de promover um melhor *outcome* neurológico destes doentes, proporcionando-lhes qualidade de vida, após a vivência de uma situação crítica de doença.

No sentido de estabelecer um plano facilmente supervisionado e avaliado durante o estágio, defini no meu projeto, um objetivo geral:

- Desenvolver competências de enfermagem especializada, na intervenção à PSC, com rotura de AC; e respetivos objetivos específicos:
- Prestar cuidados de enfermagem especializada, à PSC, em contexto de UCI's e SU;
- Prestar cuidados de enfermagem especializada, que visem a melhoria do *outcome* neurológico do doente com rotura de AC;
- Promover intervenções de enfermagem especializada, junto dos familiares do doente que vivencia uma rotura de AC.

Para os objetivos propostos, foram elaboradas as respetivas atividades (Apêndice II), assim como o cronograma de estágio (Apêndice III), como guia de orientação de *timing's* e atividades a realizar. O projeto não é um documento “*estranque*”, tendo em conta os contextos e as experiências na prática, o que tinha anteriormente sido planeado teve, em determinadas situações de ser reajustado, pois apesar de ter certeza da minha finalidade, o percurso para a sua execução, nem sempre é aquele que planeamos.

Assim, este capítulo relata, a descrição e análise crítica, do meu percurso de desenvolvimento de competências, com base nos objetivos da ESEL para o CMEEPSC (2010), competências do 2º ciclo de estudos dos Descritores de Dublin (DGES, 2008), bem como competências comuns e

específicas do enfermeiro especialista em PSC (OE, 2011a, 2011b). Em primeiro será abordado o estágio em contexto de UCI e respetivas competências aprofundadas, em segundo o estágio em contexto de SU, com o desenvolvimento de competências, fora da minha área de conforto. Como complemento serão posteriormente descritas as intervenções de enfermagem especializada, autónomas e interdependentes prestadas ao doente vítima de HSARAC e seus familiares.

### **2.1. Intervenções de Enfermagem Especializada à PSC em UCI's**

Com o passar dos anos, as UCI's evoluíram com a perceção de que a resposta às necessidades da PSC, seriam melhor prestadas, em áreas específicas dos hospitais (Urden, et al, 2008), providas de vigilância intensiva, composta, por uma grande concentração de meios tecnológicos, diagnósticos e terapêuticos, operados por equipas multidisciplinares treinadas para responderem eficazmente às necessidades destes doentes (Ponce, 2002) e onde a tecnologia, deverá funcionar como suporte à vida do doente, fonte importante de informação sobre o mesmo, mas sem nunca substituir o olhar crítico do profissional, sobre aquele doente em particular, demonstrando, conforme constata Locsin (2005), a competência harmoniosa entre a tecnologia e o cuidado em enfermagem.

À luz das exigências e desafios atuais na saúde, existe uma melhoria da tecnologia nas UCI's, permitindo adquirir dados mais fidedignos do estado clínico do doente. Na minha realidade profissional, o mesmo não se aplica na íntegra, os doentes têm disponível suporte hemodinâmico, ventilatório, monitorização de PIC/PPC, mas os registos de enfermagem ainda são manuscritos, não existe monitorização multimodal no doente neurocrítico, a medicação vem em sistema unidose,..., daí que o meu primeiro contacto com meios tecnológicos mais avançados, com interligação entre si, ocorreu nas idas a campo, o que também influenciou a escolha dos locais de estágio, no sentido da atualização de conhecimentos teórico-práticos, tendo em conta que para Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011), o enfermeiro deve ter também domínio nesta área da *Tecnologia*. "Os enfermeiros são actores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências." (Serrano, Costa & Costa, 2011, p.15). Como ex.: Num doente neurocrítico, o uso simultâneo de electroencefalograma (EEG) contínuo, sensor

de PIC/PPC/ temperatura cerebral, BIS, avaliação de PVC, por cateter venoso central (CVC), controlo de parâmetros ventilatórios, com avaliação de valores analíticos por gasimetria, através de cateter arterial (CA), associado com a observação do doente e aplicação de escalas ex.:GCS, permitem conhecer o doente na sua "totalidade" num determinado momento (Locsin, 2005), ou seja, na monitorização multimodal, deverá existir uma interligação entre o doente-tecnologia – cuidado - enfermeiro. O impacto desta interligação no doente, é extremamente relevante, pois esta monitorização associada à observação do enfermeiro, permite a conjugação e análise de informação, antecipando cuidados, prevenindo o incremento de LCS's e conseqüente mau prognóstico para o doente. Esta harmonia entre a tecnologia e o cuidado (Locsin, 2005), promove a melhoria do *outcome* do doente e conseqüentemente redução dos défices, proporcionando qualidade de vida.

A intervenção de enfermagem à PSC com problemas do foro neurológico, ou neurocirúrgico (doente neurocrítico) é muito desafiante, pois estes doentes apresentam uma ampla gama de problemas complexos, que ultrapassam a especificidade do problema que deu origem à situação em causa, sendo necessário o enfermeiro, realizar uma abordagem concisa e segura das suas necessidades. O cérebro, é a interface entre todos os órgãos e sistemas (NCS, 2017). Assim, se à "nursing intuition"<sup>3</sup>, presente no enfermeiro Especialista/ Perito, profissional com mais experiência, detentor de compreensão intuitiva das situações clínicas (Benner, 2001), for associada uma monitorização multimodal, as necessidades do doente neurocrítico serão melhor identificadas, pelo complementar de informação (monitorizada e interpretada em tempo real), prevenindo a ocorrência de complicações (LCS, reconhecendo eventos adversos), possibilitando a antecipação de cuidados e tomar decisões à cabeceira do doente (Dias, 2014), promovendo a melhoria do seu *outcome* neurológico. Para a mesma autora Dias (2014), Wijdicks, Menon & Smith (2015) e Manoel, et al (2016), a monitorização multimodal no doente neurocrítico, permite uma prática de cuidados, que ajuda o profissional a compreender melhor a fisiopatologia da lesão cerebral aguda e conseqüentemente que essa prática de cuidados, detenha intervenções de enfermagem especializada de maior qualidade.

---

<sup>3</sup> "intuição de enfermagem" tradução do autor

Durante o estágio em UCI's, prestei cuidados ao doente neurocrítico, vítima de acidente de viação, queda, HSARAC, utilizando monitorização multimodal, que me permitiu vários momentos enriquecedores para aprofundar competências, no manuseio e interpretação dos dados, interligando com a observação (sinais e sintomas do doente e intervenção de enfermeiros especialistas na tomada de decisão, através da *nursing intuition*). Com a conjugação destes "elementos" adquiri suporte, para uma melhor gestão das intervenções de enfermagem, ex: o posicionamento da cabeceira, avaliando a alteração na PIC/PPC, PAS/PAM, durante a aspiração de secreções ou higiene e conforto no leito, através do aumento da agitação do doente, relacionando com os valores do Índice Bispectral (BIS), a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) e a Behavioral Pain Scale (BPS) gerindo a sedoanalgesia, ou seja, em cada situação, geri os estímulos, de acordo com os dados que tinha disponíveis (observação e tecnologia). A arte e a ciência da enfermagem estão no saber quando mudar e, como preservar os paradigmas coexistentes que informam a prática (Mitchell, 2001, citada por Durão, 2004), a minha prioridade é perceber qual é o meu foco (parte (cérebro) e o todo (doente)), gerindo a informação fornecida pelos meios que tenho ao meu dispor, intervindo em conformidade.

Inicialmente não me sentia segura na utilização e interpretação destas "ferramentas", por se tratar de uma experiência nova, daí sentir necessidade de investigar e "discutir" cada situação com a minha orientadora, transferindo os conhecimentos adquiridos, em situações futuras. Mas para melhor apreensão do conhecimento e melhoria da minha prestação, na qualidade dos cuidados, participei no "VI Curso de Formação em Cuidados Neurocríticos – Porto" (Anexo III), com foco na neuromonitorização, como alicerce à abordagem do doente neurocrítico, para melhoria do seu *outcome*. Estiveram presentes, especialistas na área que, com base em estudos científicos e *guidelines*, tornaram o curso pertinente, permitindo-me a atualização de saberes, através da partilha de experiências, debates e questionamento de ideias/conceitos. De forma a resumir os temas abordados nos dois dias de curso ("PIC: técnica, onda de pulso e tendências", "Oxigénio, Hipóxia e Cérebro", "Oxigenação Cerebral: Técnicas de Monitorização", "Oxigenação Cerebral: interpretação e erros", "PPC óptima e oxigenação cerebral na lesão cerebral aguda", "Avaliação direta e indireta do fluxo sanguíneo cerebral e PbtO2", "Fluxo

sanguíneo cerebral e imagem TC perfusão em Cuidados Neurocríticos” e “EEG contínuo em Cuidados Neurocríticos: um espelho de FSC e metabolismo”), foi-nos proporcionada uma visita à UCI Neurocríticos do HSJ – Porto, para que tivéssemos contacto direto com o doente neurocrítico vs monitorização multimodal. Foi explicada na prática a interpretação dos dados, adequando com o estado clínico do doente e apresentados dois EC (doente vítima de TCE grave e HSA), discutindo-se a abordagem da equipa multidisciplinar face aos mesmos. Os conhecimentos adquiridos da experiência prática e da participação no congresso, permitiram-me, atuar em conformidade, no sentido de incentivar à mudança de comportamentos no meu contexto profissional, demonstrando a necessidade de criar e/ou atualizar procedimentos, planeando/intervindo/avaliando os resultados da mudança nos cuidados, adquirir novos e atuais equipamentos que nos permitam criar harmonia entre os cuidados prestados e a tecnologia, ou seja, reunir condições que permitam prestar cuidados com melhor qualidade, promovendo o melhor *outcome* neurológico dos doentes.

Posteriormente, senti maior autonomia na prestação de cuidados e no planeamento das intervenções ao doente, mobilizando os conhecimentos adquiridos da teoria para a prática. Senti necessidade de no meu contexto profissional, incentivar a aquisição desta monitorização, transmitindo evidência atual à equipa, para que melhorássemos a nossa abordagem a estes doentes, promovendo um ambiente terapêutico mais seguro. A aquisição destes conhecimentos trouxe ganhos não só à minha prestação, mas principalmente para a excelência dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar. Tive a possibilidade de partilhar os conhecimentos adquiridos não só no meu contexto profissional, como também em estágio, “Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (OE, 2011a, p. 8653) e desta forma promover a formação entre pares.

Um exemplo da monitorização multimodal é o EEG, de avaliação contínua, ferramenta essencial para a deteção do estado epiléptico não-convulsivo, assim como para a abordagem da isquémia cerebral tardia após HSA, ou nos doentes em coma, para observação mais pormenorizada de alterações da função cerebral (Kuroda, 2016), permitindo a antecipação de

cuidados (ex.: perceber a causa e intervir precocemente). Durante o estágio, em contexto de UCI, verifiquei que o EEG era colocado pelo enfermeiro, daí mais uma vez a pertinência do curso que realizei e os conhecimentos que me foram transmitidos pela minha orientadora, promovendo a minha autonomia, ex.: doente que após acidente de viação com conseqüente TCE e crises convulsivas, posterior à cirurgia, em ventilação mecânica e sob sedoanalgesia, à observação direta não apresentava convulsões /mioclonias, mas o facto é que as mesmas ocorriam e só as conseguimos detetar, através da monitorização no EEG e assim intervir, ou seja, neste exemplo pode mais uma vez constatar-se a harmonia existente entre o cuidado, a tecnologia (Locsin, 2005), e o impacto no doente. Compreendendo o benefício da mesma, para o *outcome* do mesmo, pois sem esta monitorização seria impossível perceber estas convulsões/mioclonias, podendo o doente ficar com sequelas/défices, que não teríamos conseguido detetar/prevenir, apenas com a observação.

No doente com HSARAC, uma das LCS's é o vasospasmo e/ou isquémia cerebral, causando aumento da morbimortalidade. A introdução do estudo da velocidade de fluxo das artérias intracranianas pelo DTC, tornou possível o acesso não invasivo, ao estudo da hemodinâmica cerebral, fornecendo parâmetros no diagnóstico e acompanhamento da evolução de doentes com vasospasmo, na HSA, lesão cerebral traumática, AVC isquémico agudo e morte do tronco encefálico (Radanovic & Scaff, 2001). Também permite investigar a autorregulação cerebrovascular no estabelecimento de estenose carotídea e síncope (Antonello, et al, 2016). O DTC é usado de forma segura, rápida e realizado à cabeceira do doente em situação crítica, de forma seriada, não acrescentando mais um risco para o mesmo. Durante o estágio, ocorreu uma situação que me fez refletir através da realização de um JA, sobre a utilização da tecnologia, interpretação dos dados pela equipa multidisciplinar e benefícios para o doente. Em contexto de estágio, o DTC é interpretado pela avaliação das velocidades do FSC a nível da ACM, enquanto no meu contexto profissional, é avaliado pelo *Índice de Lindegaard* (Lindegaard,1988), conforme explicação no capítulo anterior. A interpretação dos parâmetros deste índice, permitem diferenciar a presença de vasospasmo ou hiperémia, planejar intervenções rápidas e dirigidas à reversão do quadro, promovendo um melhor prognóstico. Tendo em conta que este índice não era utilizado neste contexto, os profissionais do mesmo, demonstraram interesse em adquiri-lo, após ter

apresentado a sua utilização, tendo fornecido o mesmo, para possível implementação neste contexto de estágio. Assim, para que se prestem cuidados de excelência, deve utilizar-se a melhor evidência, obtida através de investigação e da interação dos elementos com esses conhecimentos, pois como refere Boykin & Schoenhofer (2013), a base da enfermagem estabelece-se na interação com as pessoas, no final desta interação, todos crescem. Assim como preconizado nos Descritores de Dublin “Aplicar os conhecimentos (...) em situações novas (...), em contextos alargados e multidisciplinares...” (2008, ¶1);

gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional (...), Seleccionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão (...) Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas actuais...(ESEL, 2010, p.1).

Participa em projetos institucionais na área da qualidade (OE, 2011a), *liderando* alguns deles.

O trabalho em equipa, no modelo de Boykin & Schoenhofer (2013), está inerente à conceção de *Dancing of Caring Persons*, a *dança* inclui um círculo de *dançarinos*, no qual se valoriza cada pessoa, tendo por foco, o cuidado centrado no doente (McCormack & McCance, 2006). Isto é, o doente vítima de HSARAC, é um doente com necessidade de cuidados complexos, mas sem esquecer que como pessoa, possui uma cultura, com valores, crenças e sentimentos pessoais, pelo que a resposta às necessidades do mesmo, é melhor prestada por uma equipa multidisciplinar, com conhecimentos em diferentes áreas e a interligação desses conhecimentos (desses profissionais) permitem a efetivação do cuidado de uma forma mais humanizada e com uma abordagem mais ampla da satisfação do doente, percecionando-o como um todo.

Na relação entre a prestação de cuidados e as novas tecnologias, estão implícitos os registos de enfermagem, peça fundamental do processo do doente (OE, 2011a). Os mesmos, em contexto de estágio, em UCI's, são realizados em sistema informático (SIPE/SAPE e *Critical Care Manager*), ambos permitem um acesso mais rápido à informação sobre o doente, mas após o manuseio de ambos, na minha perspetiva o *Critical Care Manager* é melhor estruturado no simples e rápido acesso à informação sobre o doente,

enquanto o sistema SIPE/SAPE, é necessária a abertura de um maior número de “janelas”, para o acesso à totalidade da informação sobre o doente e também para o registo da informação sobre o mesmo, tornando-se um sistema mais lento e que atrasa de alguma forma os cuidados a prestar, influenciando assim a gestão dos mesmos.

No entanto como já referi, no meu contexto profissional, ainda se realizam os registos manualmente. Tenho consciência que se queremos caminhar lado a lado com a evolução da saúde, esta forma de registos torna-se ultrapassada/limitada, daí que, foi de meu interesse conhecer estes sistemas de registos de forma a divulgá-los no meu contexto, para possível implementação. Esta oportunidade permite-me atingir os objetivos e as competências que se preconizam no 2.º ciclo de estudos (DGES, 2008), da promoção da qualidade dos cuidados, influenciando a mudança na área da saúde e mais propriamente nos cuidados de enfermagem. Os sistemas de informação informatizados são essenciais e uma *mais valia* para a prática diária de gestão de cuidados em saúde, permitindo o acesso mais rápido à informação do doente, melhoria na comunicação entre os profissionais e interligação com outras instituições. Os mesmos, permitem maximizar a gestão dos serviços, promovendo a melhoria da qualidade e da continuidade dos cuidados, dando visibilidade à tomada de decisão em enfermagem (OE, 2007). Na minha opinião, a limitação destes sistemas é não serem uniformizados pelas várias instituições de saúde (intra/inter-hospitalares e Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP)), impedindo assim, a continuidade da informação sobre o doente e os cuidados.

Outro dispositivo tecnológico, com o qual contactei foi o sistema de medicação Pyxis® (Sistema de fornecimento automatizado). Este novo sistema (intuitivo e de fácil utilização), promove uma melhor gestão da medicação a administrar a cada doente, contribuindo para a segurança, eficiência e redução de gastos supérfluos (DGS, 2015c), assim como diminuição do risco de erro na preparação e administração da medicação, promovendo cuidados seguros e de qualidade. Isto porque, 78% dos eventos adversos em UCI ocorrem por erros de medicação (Rothschild, et al, 2005 citado por Silva, 2015), daí que são necessárias estratégias para diminuir estes eventos, dando resposta a um dos aspetos da qualidade e segurança nos cuidados ao doente. Com as vantagens

deste sistema, seria pertinente a sua implementação, em todos os serviços hospitalares e UCSP. “a melhoria da segurança do doente requer inevitavelmente mudança, vontade, esforço, muita persistência, com implicações concretas na prática clínica” (Lage, 2010,p.12).

O contacto com doentes vítimas de trauma, foi uma situação frequente ao longo do estágio, algo não frequente na minha experiência profissional e daí sentir necessidade de mobilizar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos no curso de ATCN (Anexo IV) e participar no Congresso Status 5 “Trauma, Emergência, Reanimação – O estado da arte” (Anexo V), sobre emergência médica, reanimação e trauma, com o objetivo de melhorar a minha abordagem a estes doentes. O Congresso foi planeado com base no percurso do doente (pré- hospitalar, SU e UCI), onde mais uma vez foi abordada a metodologia de avaliação e tratamento do doente vítima de trauma “ABCDE”, com o intuito de proceder a uma correta organização, avaliação e seleção de intervenções, a prestar ao mesmo. O contacto com especialistas na área, tornou-se uma *mais valia*, pela transmissão de informação com base num pensamento refletido e evidência atual. No congresso, foi também dinamizada a abordagem em situação de catástrofe, com exemplos da Madeira e dos Açores, daí poder complementar a resposta às competências “Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica; Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da concepção à acção” (ESEL, 2010,p.1), Tendo em conta que a minha prestação de cuidados ao doente e família tem sido no âmbito de uma UCI, o meu conhecimento prático sobre os cuidados prestados à PSC em meio pré-hospitalar e SU era básico e apenas teórico em relação a situação de catástrofe (através da aquisição de conhecimentos, em sala de aula durante o presente mestrado e através da realização dos cursos de ATCN e SAV (Anexo VI)). Assim, a minha participação neste congresso, tornou-se uma *mais valia*, pelo contacto direto com especialistas na área da emergência médica, reanimação e trauma, permitindo-me uma melhoria dos conhecimentos de forma a atingir um melhor resultado na abordagem do doente crítico, no eixo assistencial contínuo do pré-hospitalar, SU e UCI, ainda em período de estágio e futuramente como especialista. Neste sentido, o Congresso Status 5, tornou-se mais um alicerce para o planeamento do meu percurso evolutivo pessoal e profissional, pois permitiu-me a implementação, o desenvolvimento e consolidação de

competências na prática, a atualização e renovação de procedimentos, permitindo-me uma melhoria, na confiança como profissional, no meu desempenho, proporcionando a melhoria da qualidade dos cuidados.

Os dois contextos de UCI neurocríticos, onde realizei estágio eram discrepantes na sua estrutura física, uma constituída por 5 quartos, com duas camas, assim como uma UCIntermédios (onde também prestei cuidados). A outra UCI era organizada em “open space”<sup>4</sup>, com dois quartos individuais e uma unidade de recobro. O ideal era privilegiar a organização das camas dos doentes em boxes individuais (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2013), tendo em conta a segurança e qualidade dos cuidados para o doente e seus familiares, mas na prática e tendo em conta a data de construção destes hospitais, o mesmo não estava implícito. (Refleti sobre o benefício dos cuidados e do contexto para o doente neurocrítico (EC). Estas duas modalidades estruturais, têm vantagens e desvantagens. Vantagens no sentido de uma unidade *open space*, permitir uma vigilância mais ampla por parte do profissional, sobre todos os doentes, ex.: numa situação de emergência, a mesma é melhor percebida em ambiente *open space*, ao contrário de uma UCI com quartos. Por sua vez, esta modalidade estrutural também cria diferenças na dinâmica de passagem de turno, que em semelhança com o meu contexto profissional, *open space* é realizada por todos os enfermeiros de um turno, para os enfermeiros do turno seguinte, transmitindo-se informação de todos os doentes internados, com discussão dos casos que assim o exijam. Na UCI dividida em quartos, a passagem de turno era feita de chefe de equipa para chefe de equipa, sobre todos os doentes, enquanto os enfermeiros na prestação direta de cuidados, apenas ouvem a informação sobre os doentes por quem ficam responsáveis, adquirindo conhecimentos sobre os restantes doentes, durante o turno, na prestação de cuidados em equipa. Esta segunda forma de passagem de turno causou-me alguma inquietação, por não estar habituada à mesma e pela sensação de falta de conhecimento sobre todos os doentes internados. Dá-me segurança, ter conhecimento sobre todos os doentes, pois perante uma situação inesperada, sinto-me mais apta a dar resposta às necessidades dos mesmos.

---

<sup>4</sup> “espaço aberto” tradução do autor

Por sua vez se pensarmos no doente neurocrítico, com necessidade de gestão do ambiente envolvente (Fontaine, 2012), os quartos são mais apropriados, pois permitem um melhor controlo de estímulos externos (luminosidade, ruído). “...qualquer ruído que desperte de repente o doente (...) ocasionará danos muito maiores e mais sérios...” (Nightingale, 2005, p.65), estes estímulos causam um aumento da atividade cerebral, a qual conduz a um maior stress metabólico e conseqüente incremento de uma HIC (Carvalho, 2016). O doente neurocrítico deve manter-se num ambiente calmo, silencioso e ligeiramente escurecido para reduzir sintomatologia (AANN, 2009), como fotofobia e cefaleias associada ao ruído. Os contextos, enquanto ambiente, influenciam e são influenciados pela subjetividade de cada um (Serrano, Costa & Costa, 2011). Não é só através de medicação e técnicas invasivas que promovemos a melhoria do estado do doente, mas através de intervenções autónomas de enfermagem, podemos minimizar efeitos adversos. É da responsabilidade do enfermeiro gerir estímulos ambientais, utilizando estratégias para ultrapassar da melhor forma os inconvenientes do contexto (Wang, et al, 2013). Mesmo pequenas alterações para diminuir os níveis de ruído, podem influenciar o bem-estar do doente e melhorar a sua satisfação e recuperação clínica (Connor & Ortiz, 2009). Este tipo de intervenção era algo que não tinha tanta relevância na minha prestação de cuidados, mas que se alterou pelos conhecimentos teórico-práticos adquiridos (melhoria do estado de agitação e valores de PIC/PPC, aquando do escurecer do quarto de uma doente, realizado pela minha orientadora) (reflexão em JA). Assim, quer durante a prestação de cuidados em estágio, como no contexto profissional, perante estes doentes, tive/tenho o cuidado de reduzir a luz, ou permitir luz natural. Quando não é possível, coloco óculos escuros aos doentes. Converso com os familiares/visitas explicando a necessidade de falarem em tom de voz baixo e estimular o menos possível o doente (dependendo da fase clínica em que se encontra), assim como alertar os restantes profissionais para a importância destas intervenções (como redução do tom de voz, não colocar música na presença destes doentes, etc.), principalmente se nos encontrarmos numa unidade *open space*. Pela dificuldade na validação, ainda não me foi possível implementar a utilização de tampões auriculares, no meu local de trab. Estas intervenções autónomas e interdependentes só são possíveis através do trabalho em equipa, em que todos “trabalham” para o bem comum: prestar

cuidados centrados no doente e na família de forma segura, com qualidade, tendo como meta a excelência. Mais uma vez, a teoria de Boykin & Schoenhofer (2013), com *Dancing of Caring Persons*, está presente, valorizando o contributo de cada pessoa no cuidado destes doentes.

Durante a prestação de cuidados, em contexto de estágio, em equipa multidisciplinar, fui “discutindo” a situação clínica de cada doente, monitorizando e identificando focos de instabilidade com o intuito de prevenir complicações. Ex.: uma doente vítima de HSARAC, submetida a clipagem, após suspensão de analgesia em perfusão, constatei que não tinha prescrita analgesia horária. A dor durante a hospitalização é frequente, devido não só à gravidade da doença, como provocada por procedimentos invasivos (Morete, et al, 2014), principalmente em UCI. Avaliei a dor da doente inicialmente através da BPS e posteriormente através da escala numérica, adequando à evolução clínica da doente. A dor provocada por HSA, manifesta-se frequentemente por dor de cabeça aguda e de início súbito, no pós tratamento a mesma pode persistir e aí o enfermeiro tem o papel primordial de avaliar essa dor e promover através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (Fortunato, et al, 2013) a redução e evita-la, isto porque a mesma leva a consequências como o aumento da HIC, PAS e PAM, náuseas, vômitos, podendo levar ao desenvolvimento de LCS's, sendo esta dor a manifestação destas lesões. Após massagem de conforto, como tentativa de erradicar o agente causador da dor e o correto posicionamento no leito (cabeceira a 30º, sem flexão cervical), conversei com a médica de serviço, para prescrição de analgesia em esquema, para o alívio da dor e assim, numa abordagem individualizada, perceber a eficácia e a tolerância à analgesia, pela necessidade de possíveis reajustes.

Um doente submetido a drenagem de hematoma subdural com dificuldade para ser extubado, tendo em conta a instabilidade no padrão hemodinâmico e ventilatório (manter padrão hipertensivo e valores de gasimetria não compatíveis com a extubação). Conversei com a médica de serviço, abordando a situação clínica do doente de forma individualizada, sendo reajustada perfusão de dinitrato de isossorbido (DNI), assim como prescrição de anti-hipertensores administrados por sonda gástrica (SG). Tendo em conta que existe no serviço uma máquina de gasimetria, realizei as colheitas de sangue ao doente, avaliei, interpretei e transmiti as alterações dos

valores gasimétricos à médica, procedendo ao reajuste dos parâmetros ventilatórios. Durante todo este processo fui explicando ao doente o que pretendíamos, tentando diminuir a sua ansiedade. A comunicação com o doente foi feita através de gestos e escrita, de forma a perceber o que o preocupava. O sucesso desta extubação e melhoria do estado do doente só foi possível através de um trabalho de equipa, reflexão na/sobre a ação e de um cuidado centrado no doente, demonstrando o apresentado por World Health Organization (WHO, 2009), que o bom trabalho em equipa tem demonstrado redução de erros e melhoria dos cuidados aos doentes.

Conforme já fui referindo existiram imensos períodos de troca de experiências da prática, assim como partilha de conhecimentos de ambas as partes, com base em evidência, o que permitiu o meu crescimento pessoal e profissional, assim como da equipa, da qual também fiz parte. Quando queremos trabalhar em equipa, o nosso objetivo tem que ser definido com eficácia, eficiência e qualidade, para o bem do grupo e daqueles que irão usufruir desse “trabalho”. A ferramenta essencial para uma equipa eficaz é, a existência de uma Comunicação “eficaz”, permitindo o feedback da situação, levando a tomadas de decisão mais refletidas, sistemáticas e criteriosas (Courtenay, et al, 2013).

Tanto nestes dois exemplos, como ao longo do estágio demonstrei conhecimentos e expu-los com clareza, tendo consciência das minhas capacidades e limitações e com base em tomadas de decisão refletidas. O que vai ao encontro do conceito de supervisão clínica (Cross, et al, 2012), fundamental numa UCI, uma vez que ajuda a formular os problemas e a abordar os mesmos de forma prática, de acordo com a experiência dos enfermeiros. Permite partilhar ideias e refletir sobre situações de conflito, encorajando o profissional a colocar questões a si mesmo acerca das suas perceções, aumentando a autoconsciência, quando refletem sobre o seu papel em situações particulares, bem como na interação com os outros, o que permite desenvolver capacidades interpessoais para se adaptar a diferentes contextos (Cross, et al, 2012).

Numa UCI, com um ambiente tecnologicamente avançado, são internadas pessoas vulneráveis, instáveis, pela alteração constante do seu estado clínico. Este ambiente cria no doente e nos seus familiares, ansiedade, stress, medo

do desconhecido e muitas vezes da morte, (Castro, Vilela & Botelho, 2011). No decorrer do meu estágio, consegui estabelecer uma relação terapêutica adequada à situação crítica vivenciada pelo doente e seus familiares, mostrando-me disponível para os ouvir e desmistificar alguns medos/mitos. Ex.: na hora das visitas fazia questão de mostrar disponibilidade e perceber as dúvidas da família, sobre o estado clínico do seu familiar, promovendo a interação entre os familiares e os doentes (quando benéfico para o mesmo, pois tendo em conta que muitas vezes (doente com HSARAC) devido às cefaleias e fotofobia, é benéfico que fique sem visitas, num ambiente calmo e o mais silencioso possível, cabe ao enfermeiro explicar à família que o doente não deixou de gostar da presença dos mesmos, mas que a situação assim o impõe). Na concepção *Dancing of Caring Persons*, (Boykin & Schoenhofer, 2013), deve estar “a família como parte essencial para o cuidado de enfermagem ....” (Ângelo, 1999, p.5), em que mesmo a sua ausência, implica a melhoria do *outcome* do doente. Quando se cuida de seres humanos, únicos e irrepetíveis, é imprescindível o respeito pelos princípios éticos e deontológicos, facilitadores de um agir eficiente (Pires, 2008).

Num doente admitido por HSARAC (reflexão em JA), o prolongar do internamento, estava a tornar-se prejudicial para o mesmo, pela ansiedade em que se encontrava (diagnóstico, recuperação, alteração da dinâmica familiar-deixou de ter controlo sob a sua casa, deixou de ter os almoços e jantares com a família, algo que tanto prezava, (época natalícia) não tinha feito a árvore de natal com os netos e bisnetos e como seria o natal este ano). Era notório que este doente se encontrava perante dois tipos de processo de transição: Saúde/Doença e Situacional, modelos de transição múltiplos, vivenciados em simultâneo e relacionados entre si. A minha intervenção passou por arranjar estratégias ajudando quer o doente e familiares a ultrapassarem da melhor forma estes processos de transição, adaptando-se a esta nova condição de vida. Com base na teoria de Meleis, et al (2000), fui estabelecendo com o doente e familiares uma relação empática, propondo estratégias que reduzissem os níveis de ansiedade ex.: a árvore de natal só seria montada quando fosse para casa, assim como a comemoração do natal. A neta foi trazendo fotografias da família e filmes dos bisnetos, assim como o discurso que estabeleci com os mesmos tinha sempre um intuito motivador e de incentivo. Tive a possibilidade de transferir este doente para a enfermaria

visualizando-se no mesmo e familiares uma postura mais positiva, perante a nova situação. Não só a Teoria de Meleis, como a Teoria de Boykin & Schoenhofer, me permitiram e permitem cuidar com intencionalidade, centrando-me não só nos cuidados ao doente como também à família, competência do enfermeiro especialista, na gestão do impacto que a situação crítica causa no doente e na família, promovendo um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação terapêutica, utilizando habilidades da relação de ajuda, para os ajudar a ultrapassar esta situação com maior facilidade (OE, 2011c).

Perante os doentes e familiares, tendo em conta as suas capacidades e dentro das minhas competências, fui explicando durante a prestação de cuidados a situação que estavam a vivenciar, riscos possíveis, respondendo a dúvidas, sempre com uma comunicação e relação estabelecida com autenticidade/assertividade, escuta ativa e empatia, respeito na relação terapêutica, pelas crenças, valores de cada um, permitindo uma gestão positiva dos seus sentimentos, reduzindo a ansiedade e medo, suportando a minha ação em tomadas de decisão refletidas, tendo por base a responsabilidade ética e social e suportando as tomadas de decisão em princípios, valores e normas deontológicas (OE, 2011b, 2011c).

Ao longo do estágio, em UCI, realizei o transporte de doentes em situação crítica de doença, intra-hospitalar (TAC, Angiografia e Bloco Operatório (BO)), para o qual tive que realizar um correto planeamento, antecipando possíveis intercorrências, (instabilidade hemodinâmica, agravamento do padrão respiratório, agravamento do score neurológico). Em ambas a UCI's, o BO existe na mesma, o que reduz o risco de idas em elevadores, entre outros obstáculos, mas houve uma situação que me fez refletir (JA). Por incompatibilidade de vaga nas salas do BO de Neurocirurgia, o doente foi operado no BO – Central, daí que o seu transporte ocorreu numa maior distância. Cumprindo os protocolos pré-estabelecidos e em conversa com a minha orientadora, tentámos prevenir possíveis complicações, por instabilidade clínica do doente (ex: doente extubado pós cirurgia, com GCS de 9, encontrávamo-nos em pisos distintos com necessidade de utilização do elevador e tendo em conta a situação clínica do mesmo, poderíamos estar na eminência de uma possível paragem respiratória. A minha orientadora pediu o

acompanhamento médico até à chegada à UCI). Foi mais uma situação de aprendizagem, pela antecipação de cuidados/ instabilidade e liderança nos processos de tomada de decisão.

Numa equipa, são reconhecidos alguns problemas na prestação de cuidados, que geralmente são identificados por um elemento mais perspicaz (Kotter & Rathgeber, 2009). Por outro lado, a resolução do mesmo, passa pela elaboração de objetivos claros, realizados num ambiente de colaboração, com padrões de excelência, membros competentes, usufruindo de sistemas de apoio fortes, no qual o líder deve ser capaz de *liderar* a equipa, de forma unida e perseverante, promovendo a resolução do problema. O enfermeiro especialista "...lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa. (...)" (OE, 2011b, p.8657). Esta foi inicialmente uma dificuldade sentida por mim, na liderança dos processos de tomada de decisão perante a equipa multidisciplinar, mas que fui melhorando ao longo do estágio, adquirindo bases para desenvolver o meu processo de liderança nas tomadas de decisão, através das conversas com as minhas orientadoras, assim como pela observação das mesmas e restantes elementos nesse processo. O acompanhamento das mesmas, relativamente à gestão de recursos, também me permitiu e permitirá, adaptar a liderança e gestão de recursos às situações e contexto, visando a melhoria da qualidade dos cuidados.

Tendo em conta o tema do meu projeto, tive a possibilidade de intervir na abordagem à PSC, vítima de HSARAC, em contexto de estágio (UCI), no pré tratamento, no transporte, durante o tratamento, (no BO - clipagem do AC e Angiografia - embolização do AC) e no pós tratamento. Estas experiências neste contexto, permitiram-me adquirir novos conhecimentos, fomentar os já existentes, assim como perspetivar queixas dos doentes no pós tratamento e défices que daí advêm, ex.: num doente com aneurisma da artéria basilar, tendo em conta que envolve o IX e X pares cranianos, no pós tratamento podem apresentar disfagia, para o qual é importante a realização do treino da deglutição; Um doente com aneurisma da artéria vertebral, pode vir a desencadear pós tratamento, um nistagmo e estrabismo, por lesão do III par craniano (Apêndice IV); Um doente com hipotensão marcada, logo redução do FSC, é propício que se não ocorrer uma intervenção imediata, o doente venha a desenvolver uma isquémia cerebral e conseqüente morte do tecido. Desta

forma, consegui ir ao encontro do tema do meu projeto, prestando cuidados a doentes vítimas de HSARAC, em todo o seu percurso, constatando na prática as intervenções autónomas de enfermagem e interdependentes, na prevenção de LCS's (re-hemorragia, hidrocefalia, vasospasmo e isquémia cerebral), conseguindo refletir sobre os cuidados prestados em três contextos semelhantes (UCI's em estágio e o meu contexto profissional), mas com particularidades inerentes a cada equipa, na abordagem aos mesmos.

Para o levantamento das necessidades dos doentes com HSARAC, reflexão e mobilização de conhecimentos, realizei três EC, comparativos dos cuidados individualizados, tendo em conta o cuidado centrado no doente e familiares, utilizando a taxonomia NANDA, que me permitiu uma reflexão sobre cada doente e familiares em particular, para uma tomada decisão adequada às reais necessidades dos mesmos. Apesar de na minha prestação o cuidado ser centrado no doente e familiares, existe como já referi um diagnóstico específico levantado para uma PSC, vítima de HSARAC: - Perfusão Tecidual Cerebral Ineficaz, em que o resultado esperado das intervenções de enfermagem especializada é: - Promoção de um adequado fluxo sanguíneo nos vasos cerebrais, para a melhoria da função cerebral do doente. Para as intervenções tive por base as *guidelines* mais recentes, a RIL e pesquisa livre em bases de dados atuais e fidedignas. Posteriormente, realizei um protocolo (Apêndice V) com estas intervenções, no sentido de promover um melhor *outcome* neurológico destes doentes, promovendo a uniformização dos cuidados.

As competências que foram adquiridas após 9 anos de experiência profissional na prestação de cuidados em UCI, foram mobilizadas ao longo deste percurso formativo e permitiram-me “discutir” entre pares a eventual necessidade de mudança de práticas, de modo a permitir uma diminuição do risco do doente contrair IACS (DGS, 2013), nomeadamente no que se relaciona com a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), simultaneamente utilizado como barreira, assim como relativamente à prevenção da PAI (DGS, 2015b). Estas situações foram fundamentais para mobilizar e consolidar as competências já anteriormente desenvolvidas, no âmbito do controlo de infeção, que é uma das áreas chave do CMEEPSC. Tendo em conta que no meu contexto profissional, colaboro com o elemento de interligação da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH), nas

conversas com o mesmo *percebemos* que nem sempre é fácil a gestão do controlo de infeção, quando não temos recursos financeiros que o facilite, mas cabe-nos, a nós enfermeiros “ ...estabelece as estratégias pro -activas a implementar no serviço... (...) faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção” (OE, 2011b, p. 8657).

A aprendizagem sobre a gestão dos recursos humanos e materiais, na prestação de cuidados aos doentes é outra das funções de um enfermeiro especialista, para promover um ambiente adequado de cuidados, com melhoria dos mesmos, algo que pude observar não só nas minhas orientadoras, (uma delas, chefe de equipa) e pude acompanhar uma das chefes de uma das UCI's na gestão de rácios (enfermeiro(e) / doente(d)), para promover dotações seguras (Santos, 2013). Ex.: em contexto de estágio em UCI, a gestão dos profissionais é feita de forma diferente, numa delas o enfermeiro chefe de equipa não fica com doentes atribuídos, no sentido de melhor gerir os doentes entre UCI e UCIntermédios. Na outra UCI, apesar de não existir UCIntermédios, existe sala de recobro (cuidados pós-anestésicos), ficando os mesmos atribuídos a um enfermeiro da unidade, daí que o chefe de equipa fica com doentes atribuídos e muitas vezes existe necessidade de um rácio de 1e/3d. Na minha opinião e tendo em conta as necessidades que tem uma PSC, o chefe de equipa deveria ser apenas um elemento coordenador, de forma a melhor gerir recursos humanos e materiais, não ficando com doentes atribuídos. Desta forma, foi essencial para mim, refletir sobre gestão e tomadas de decisão, mobilizando dados da investigação para a prática.

Com a preocupação de adquirir conhecimentos, baseados na melhor e mais recente evidência, assisti a uma formação, sobre “Manutenção do Dador de Órgãos e abordagem Familiar para a Doação”. Foi-me permitido relembrar procedimentos de monitorização e manutenção do dador, mais uma vez perceber que o enfermeiro tem um papel crucial no apoio às famílias do possível dador, pelo processo de transição que estão a viver, assim como pelas questões éticas levantadas. É imprescindível que estejamos junto do médico quando este informa a família, para prestarmos suporte emocional e tentarmos aliviar a dor que estão a sentir, estabelecendo uma relação de confiança, com base numa ética profissional, tendo em conta a dignidade, crenças e valores da mesma (OE, 2015).

No meu projeto de estágio tinha planeado (Apendice II), tendo em conta as necessidades de cada serviço, a realização de formações e implementação de protocolos, com base em evidência atual e fidedigna. Assim, realizei um póster, sobre “Lesões do Sistema Vasculal Cerebral e Lesões dos Pares Cranianos” (Apêndice IV), com o objetivo de permitir uma fácil consulta de informação sobre os défices que advêm de uma determinada lesão no sistema vascular cerebral ou par craniano. O póster ficou exposto na sala de enfermagem e um exemplar em cada *dossier*, em cada quarto dos doentes. Realizei uma apresentação à equipa, tendo tido boa receptividade e segundo informação da minha orientadora e de alguns elementos da equipa, o mesmo tem sido frequentemente utilizado, tornando-se um bom guia de consulta na prestação de cuidados aos doentes com estas lesões. Pude fazer a divulgação deste póster, na outra UCI em estágio, para partilha de conhecimento entre pares. Foi-me solicitada a elaboração de um documento que justificasse a importância da normoglicémia no doente neurocrítico, para posterior implementação de um protocolo sobre a perfusão de insulina nestes doentes. Aceitei o desafio tendo realizado uma RIL e pesquisa bibliográfica livre, para fundamentar a justificação do tema. Elaborei posteriormente o “Protocolo da Insulinoterapia em Perfusão no Doente Neurocrítico” e um póster com o resumo da informação, para rápida consulta (Apêndice VI). Os dois documentos foram entregues à Enf<sup>a</sup> Chefe, após validação pela minha orientadora e professora, mas tendo em conta que existe necessidade de validação do mesmo pela equipa médica e diretor de serviço, ainda me encontro a aguardar feedback. Após conversa com os colegas da equipa, foi-me referido que o mesmo seria fundamental para a prestação de cuidados mais seguros nestes doentes.

Tendo em conta a minha experiência profissional, na prestação de cuidados a doentes internados em UCI, o estágio neste contexto, mantinha-se na minha área de conforto, mas apesar disso, senti que foi extremamente importante ter contacto com outras realidades, outras formas e métodos de trabalho, contacto com enfermeiros especialistas, que me fizeram questionar as minhas práticas e, a partilha de conhecimentos, permitiu-me mudar comportamentos, ex: controlo da infeção, consultar diariamente valores analíticos do doente, relacionando-os com parâmetros vitais, score neurológico, parâmetros ventilatórios e observação de Rx- torax, refletindo sobre os

mesmos e tendo uma atitude mais proativa, perante a equipa médica. Daí que os dois contextos de UCI e as equipas com quem trabalhei, permitiram-me adquirir competências, na área da prestação de cuidados à PSC, na tomada de decisão refletida, com base na responsabilidade ética e social, assim como na aquisição de bases para uma atuação auto-orientada e autónoma. Desenvolvimento do raciocínio crítico, reflexivo, com base em pesquisa de evidência atual e fidedigna, que me permitiu e permitirá liderar tomadas de decisão, de forma mais segura.

## **2.2 Intervenções de Enfermagem Especializada à PSC em SU**

O cuidar em SU é igualmente complexo, diferenciado e exigente, ao cuidar em UCI, isto porque, em ambos os contextos, os enfermeiros prestam cuidados a doentes em situação crítica, tendo como foco, as intervenções baseadas nas necessidades dos mesmos (Blackwood, et al, 2011). Mas, quer essas necessidades, quer a organização, a gestão de recursos humanos e materiais, nestes dois contextos, é díspar.

Sou enfermeira há 9 anos, a prestar cuidados a doentes internados numa UCI, contexto detentor de situações de *stress*, por instabilidade clínica do doente, com necessidade de uma resposta e raciocínio imediato, mas vivenciado num ambiente, na minha opinião, mais seguro, organizado e controlado, tendo em conta, o cuidado harmonioso com a tecnologia (Locsin, 2005). Com base no que refleti sobre a tecnologia e o cuidado, de acordo com o meu percurso de estágio pelo contexto de UCI's e SU, verifiquei que a característica do *nursing intuition* e raciocínio rápido, estão mais presentes e aperfeiçoados nos enfermeiros de SU, pois na admissão do doente, as primeiras ferramentas utilizadas pelo enfermeiro são essas, não existindo um acesso tão grande dos meios tecnológicos.

O estágio em contexto de SU foi para mim um enorme desafio, pois senti-me como refere Benner (2001), uma perfeita *Iniciada*, num contexto completamente novo, a vivenciar situações novas impostas pelo mesmo. Tendo tido necessidade de refletir sobre esta mudança de contexto da prática, num JA.

Senti que a minha adaptação ao ambiente de SU, não foi tão fácil, nem tão rápida, como nos estágios anteriores. Nos primeiros turnos, em cada setor (ortopedia, sala de emergência, balcão amarelos/laranja, triagem e serviço de

observação (SO)) vivenciei ansiedade, por pensar não ser capaz de dar total resposta às inúmeras solicitações por parte dos doentes, familiares e colegas. Receio de não conseguir gerir os cuidados da melhor forma, tendo em conta a elevada afluência de doentes, recursos disponíveis e o objetivo de prestar cuidados com qualidade à PSC. Dificuldade, que fui ultrapassando através da facilidade que senti na integração/adaptação na equipa/orientador, com esclarecimento das minhas dúvidas e experiências semelhantes relatadas por atuais enfermeiros especialistas, indo ao encontro da conceção de que todos cuidam e são alvo de cuidados (Boykin & Schoenhofer, 2013).

No SU, a afluência de doentes, com necessidades desconhecidas é enorme e imprevisível, o tempo de permanência do doente, os recursos humanos é completamente díspar de uma UCI, daí que no SU, senti necessidade de um desenvolvimento maior da minha capacidade de adaptação, na necessidade de uma rápida avaliação das necessidades dos doentes e seus familiares, ex.: no primeiro turno em balcão de doentes com pulseira amarela e laranja, sem monitorização, um doente verbalizando dor, outro com vômitos, alguns confusos com tentativa de levantar da maca, outro em maca, sem reação ao ambiente envolvente, familiares a pedirem informações,...,etc., a necessidade de priorizar, optar, adequar, sem negligenciar cuidados foi um desafio, "...identifica prontamente focos de instabilidade. (...) — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade" (OE, 2011b, p.8656), onde a experiência do meu orientador foi sem dúvida o meu guia na melhoria da minha prestação de cuidados, elaborando múltiplos planos de cuidados que muitas das vezes, face à dinâmica do percurso do doente no SU não foram passíveis de concretização na sua globalidade, sendo necessário reformula-los constantemente, contribuindo para a continuidade de cuidados.

Em relação às questões de deontologia profissional e de ética, o supervisor (orientador) e o supervisionado (eu) devem fazer com que as condições de segurança e qualidade nos cuidados sejam garantidas, estabelecendo uma relação que assente numa comunicação eficaz, permitindo ao supervisor ter consciência e conhecimento das opiniões e sentimentos do supervisionado e ao mesmo tempo, facilitar a compreensão mútua, o suporte

emocional, a promoção do bem-estar, confiança e segurança (OE, 2010), o que no meu estágio esteve presente.

Prestei cuidados aos doentes em colaboração com os vários elementos das equipas (enfermeiros especialistas com experiência diversificada), tendo tido oportunidades que enriqueceram, sem dúvida o meu percurso de aprendizagem nos cuidados à PSC, relativamente ao doente vítima de trauma por queda, acidente de viação, muitos deles com múltiplas fraturas, tive necessidade de mobilizar os conhecimentos do curso de ATCN e do Congresso Status5, para a prática. Ou doentes em paragem respiratória, com necessidade de mobilização dos conhecimentos teórico-práticos do curso de SAV. Tendo demonstrado sempre disponibilidade, para ajudar e aprender, tendo consciência das minhas capacidades e limitações, num contexto de menor *conforto* para mim.

Sendo o elemento responsável pelo Carro de Emergência no meu serviço, sob supervisão do meu orientador, realizei a verificação diária dos carros das salas de emergência, assim como dos outros setores e com outros elementos, na verificação mensal, permitindo uma troca de conhecimentos, ex.: forma de organização do manual de verificação deste contexto em comparação com o do meu contexto profissional, organização do próprio carro, tendo em conta a especificidade de cada serviço, apesar da norma existente em vigor (DGS, 2011).

Realizei o transporte da PSC intra e inter-hospitalar, utilizando o protocolo pré-definido para cada um deles, ou seja, preenchimento do documento de “Avaliação do risco de transporte inter-hospitalar” – documento integrante do próprio processo do doente, assim como reuni o material necessário tendo em conta as necessidades do doente, antecipando possíveis complicações e instabilidade clínica. No meu contexto profissional, não existe nenhum documento de transporte do doente, o mesmo é descrito em notas gerais na folha de registos do processo do doente. Tendo sido esta uma *mais valia* de informação a transferir para o meu contexto profissional.

Pude observar e colaborar na utilização do “Sistema de Triagem de Manchester” (DGS, 2015d) onde através da observação, raciocínio clínico, pensamento reflexivo e com base em evidência científica, pude melhorar a minha tomada de decisão autónoma e segura, na avaliação destes doentes,

respetiva seleção do fluxograma e discriminadores adequados à prioridade clínica do doente, baseados na identificação de problemas, procedendo posteriormente ao encaminhamento dos mesmos, para cuidados diferenciados. Mais uma experiência nova para mim, de total enriquecimento pessoal e profissional, na melhor avaliação, gestão e priorização da resposta às necessidades do doente, tendo em conta a rápida e precisa identificação de sinais de alerta, intervindo com o desenvolvimento do *nursing intuition*.

Tive a possibilidade de tomar conhecimento sobre as escalas de avaliação do doente, no internamento no SU (GCS, Escala de Braden, Risco de Quedas, Registo da Escala de Johnes Dependency Tool e Escala da Dor), aplicando-as na prática de cuidados e, dos vários protocolos instituídos: “Vias Verdes: AVC, sépsis, trauma e coronária”, conseguindo aplicar na prática de cuidados a via verde trauma, coronária e AVC (onde confirmei que o AVC Hemorrágico, é um *parente pobre* da via verde AVC, porque não faz parte dos critérios da mesma e que na minha opinião também deveria ter uma via verde, tendo em conta que na maioria das vezes, o sintoma de dor de cabeça é descurado e o doente deteriora rapidamente o seu estado, colocando-se desta forma doentes vulneráveis em risco), mobilizando conhecimentos adquiridos com pesquisa bibliográfica, RIL, curso de ATCN, SAV e Congresso Status 5.

A prevenção do agravamento do estado clínico do doente e a identificação precoce de sinais e sintomas, são funções do enfermeiro especialista, que requerem a ativação de alertas médicos e/ou, encaminhando para as salas de Emergência/Reanimação, tendo tido várias oportunidades de aprendizagem neste campo, aquando da prestação de cuidados nos setores de triagem, balcão e SO. A prestação de cuidados nestes setores, permitiu-me adquirir também destreza e organização do pensamento, na realização de técnicas e procedimentos emergentes à PSC.

Adquiriti conhecimentos sobre a dinâmica, processo e percurso do doente em situação crítica, nos diferentes setores do SU (triagem, balcão, sala de emergência e SO), assim como na articulação do SU, com os restantes serviços do Centro Hospitalar (ex.SO Neurociências, UUM, UCINeurocríticos), e restantes hospitais do centro hospitalar. Ao prestar cuidados aos doentes, nos vários setores, adquiri conhecimentos no seu percurso no SU, assim como conhecimento do procedimento de alta, transferência, referênciação e

articulação com outros serviços e/ou apoio social (contacto com os respetivos serviços e utilização de mais um meio tecnológico o *Sistema Conexall* sistema, novo para mim, que permite uma melhor comunicação entre os vários elementos da equipa e maior funcionalidade na mobilização de recursos humanos e materiais. Ferramenta fundamental, na resposta mais efetiva).

O elevado número de doentes que recorrem ao SU, com necessidades distintas e aos quais temos que dar resposta adequada, tendo em conta os recursos, implica delegação de tarefas. Neste campo, senti algumas dificuldades, por estar habituada a prestar cuidados num ambiente mais organizado, com um número estipulado de doentes e de “recursos humanos”. A adaptação aos processos de liderança, também foi uma competência a melhorar, tendo em conta, alguma dificuldade nos estágios anteriores. O enfermeiro na sua prática de cuidados, depara-se com situações diversas que exigem tomadas de decisão, flexibilidade, resolução de problemas, gestão de conflitos, coordenação de equipas e planeamento de objetivos da instituição, para a melhoria dos cuidados aos doentes e seus familiares (Ribeiro, et al, 2006). Pude observar a postura do meu orientador e restantes colegas face a esses processos de liderança. Neste exercício de liderança, o profissional deve propiciar um ambiente favorável para a execução das atividades, assumindo a difícil tarefa de coordenar a equipa e por isso, necessita desenvolver habilidades que favoreçam a condução equilibrada de um grupo heterogéneo, transmitindo segurança na tomada de decisão (Ribeiro, et al, 2006). Os exemplos que pude observar na prática, tornaram-se exemplos para eu seguir e tentar participar mais proativamente.

Com base no meu percurso pelo SU, percepciono que o contexto de UCI se assemelha de alguma forma com o setor de SO e salas de emergência, mas difere dos setores de ortopedia, pequena cirurgia e/ou balcões, direcionados para ambulatório, onde o tempo de permanência dos doentes e respetivos familiares é curto, para o estabelecer de uma relação empática tão sustentada, como em UCI.

O doente e sua família aquando da admissão em SU, vivenciam processos de transição na maioria das vezes situacional, saúde/doença e organizacional, que para serem ultrapassados de forma “positiva”/ “saudável”, os profissionais, necessitam na prática de entender o próprio processo e

implementar intervenções que prestem apoio efetivo às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de *bem estar* (Meleis, et al, 2000), ex.: no SU existe a possibilidade de aquando da alta do doente, quando não tem suporte familiar para o levar/ou se responsabilizar, é pedido o apoio do assistente social. As intervenções de enfermagem devem focar-se de acordo com a mesma autora (Meleis, 2010), na prevenção, promoção e na mediação desses Processos de Transição. Para além da avaliação das necessidades do doente, é essencial também, a perceção das necessidades da família, pois esses acontecimentos súbitos e inesperados, causam angústia, ansiedade, medo e dúvidas. Deve perceber-se o momento que estão a viver, o impacto na dinâmica familiar e interagir com os mesmos. Ou seja, apesar da grande afluência de doentes ao SU, exigindo cuidados especializados, é imprescindível que se disponibilize algum tempo para escutar e esclarecer as dúvidas dos familiares, que com a vivência desta situação inesperada de doença do seu familiar, também se encontrem vulneráveis e com necessidade de cuidado.

A ativa funcionalidade de um SU, aliada à gravidade dos doentes que dão entrada no mesmo, assim como a constante imprevisibilidade dos acontecimentos, fazem com que o ambiente seja permeado de instabilidade e vivência de vulnerabilidade (Rogers, 1997). Neste universo, atenuar o sofrimento da vítima e humanizar o atendimento são fundamentos para uma atuação de enfermagem de qualidade, a procura do equilíbrio entre a técnica, a ética, ambicionando o repensar dos cuidados, numa visão humanísta e existencial do ser cuidado (Kletemberg, Mantovani & Lacerda, 2004).

Mais uma vez, refletindo sobre o número elevado de doentes e familiares, com necessidades diversas, às quais tinha que dar resposta, penso ter conseguido prestar cuidados humanizados (informar os doentes e familiares sobre os procedimentos e encaminhamento dos mesmos, esclarecimento de dúvidas e tendo em conta o contexto, proporcionar-lhes algum conforto, através ex.: de colocação de um cobertor quente, de uma escuta ativa,..., considerando, que o processo de conforto só fica completo com a avaliação dos resultados (Kolcaba, 1991), permitindo minimizar o impacto da admissão do doente e sua família, no SU. Apesar do meu referencial teórico ser Boykin & Schoenhofer (2013) com a teoria de *Nursing as Caring* na intencionalidade do

cuidado e Meleis, et al (2000), *Teoria das Transições*, para perceber e arranjar estratégias para os doentes e familiares ultrapassarem esta situação crítica, foi fundamental para mim na prestação direta de cuidados em SU, a mobilização de outros referenciais teóricos com Leninger (1991) com o cuidado, intimamente ligado à cultura, tendo em conta a multiculturalidade dos doentes e familiares que recorrem a este SU. Por sua vez a comunicação e o estabelecer de uma relação com autenticidade/assertividade, escuta ativa e empatia, respeito na relação terapêutica, pelas crenças, valores de cada um, permitiu-me uma gestão positiva dos sentimentos vivenciados pelos mesmos, reduzindo a ansiedade e medo, suportando a minha ação em tomadas de decisão refletidas, tendo por base a responsabilidade ética e social.

Tive contacto pela primeira vez, com o sistema de registos informático Health Care Information System (HCIS), o qual me pareceu de início, pouco intuitivo, tendo em conta a necessidade de resposta rápida face ao manuseio do mesmo, assim como a necessidade de eficácia de resposta face às necessidades dos doentes e contínuo do seu processo e percurso, que é exigido no SU. Com o decorrer do estágio, fui melhorando o meu desempenho no manuseio do mesmo, sentindo posteriormente uma maior facilidade, na sua utilização e percebendo a sua adequação ao contexto. Como já referi, os sistemas de informação informatizados são essenciais e uma *mais valia* para a prática diária de gestão de cuidados em saúde, mas se não for executado corretamente é como se fossem inexistentes, ex.: Tendo em conta que este programa só existe neste SU deste centro hospitalar, quando fazíamos a transferência do doente para outro serviço, essa informação não era editável, daí ser impressa (limitação), havendo necessidade de uniformização destes sistemas de informação.

Utilizei mais uma vez o sistema de medicação Pyxis<sup>®</sup> e que mais uma vez refiro permitir sem dúvida uma melhor gestão da medicação a administrar a cada doente, diminuindo o risco de erro, num serviço com inúmeras solicitações para quem prepara e administra medicação, proporcionando-se cuidados seguros e de qualidade ao doente.

Para o meu desenvolvimento de competências, foi essencial a reflexão com o meu orientador entre outros elementos da equipa, os quais me foram transmitindo as suas experiências da prática e individualmente pude mobilizar

esses conhecimentos, de especialistas na área, para promover o meu raciocínio crítico e pensamento reflexivo, para uma tomada de decisão mais segura. Abordei temas como: a privacidade do doente em maca, nos corredores, "...b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa..." (OE, 2015, p.9). A transferência de doentes com necessidade de ventilação mecânica, da enfermaria para SU, por gestão de vagas, trata-se de uma situação que contradiz o *normal* circuito do doente em ambiente hospitalar. Estes doentes em determinadas situações, acabam por morrer num ambiente pouco favorável (SU, ambiente de agitação/*stress*) e sem as características ideais para o fim de vida (DGS, 2015a). Cabe assim ao enfermeiro especialista, prestar cuidados tendo em conta o carácter relacional, alívio de sintomas e promoção de um ambiente terapêutico, o mais humanizado possível (Alberto, et al, 2009). Indo ao encontro de "...Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde." (OE, 2011a, p.8652), através da tomada de decisão em equipa multidisciplinar, no intuito de promover o ambiente propício aos cuidados do doente.

Relativamente ao tema do meu projeto, tive apenas uma oportunidade de prestar cuidados à PSC, por HSARAC, podendo visualizar e participar na abordagem ao mesmo no pré-tratamento, apesar de não ter tido a oportunidade de observar ou identificar a situação de queixas do doente, pois o mesmo, já vinha referenciado de outro hospital e com diagnóstico confirmado. Refleti sobre as intervenções ao mesmo, transmiti conhecimentos atuais, baseados em evidência atual e fidedigna, tendo por base os dados recolhidos e adquiridos com o estágio anterior e da minha experiência profissional. Apesar de ter tido contacto apenas com um doente nesta situação, prestei cuidados ao mesmo, no pré-tratamento, com base em intervenções autónomas (ex.: o doente foi admitido numa sala de emergência "individual", com possibilidade de redução da luz e fecho das portas para redução do ruído, elevação da cabeceira da maca para 30°, permitindo uma boa perfusão cerebral) e interdependentes (ex.: controlo tensional, gestão da dor e controlo das náuseas e vómitos, com administração de medicação), na prevenção de LCS's (re-hemorragia, hidrocefalia), providenciando o mais rapidamente possível a transferência do doente para UCI.

Tendo em conta que é da competência do enfermeiro especialista os cuidados na prevenção da infeção, pude perceber que os mesmos estão mais presentes nos setores de salas de emergência, SO, peq- cirurgia, ortopedia, do que na prestação dos cuidados aos doentes em balcão (ex.: gestão dos EPI's, gestão de macas e margem de segurança entre as mesmas, tendo em conta o elevado número de doentes e o espaço físico, onde são admitidos, etc.). Outra competência do enfermeiro especialista é a gestão da dor do doente, através da aplicação das escalas da dor, adequando a utilização das mesmas, tendo em conta o estado clínico do mesmo, mas por sua vez, aprimorar a sua observação perante um doente não monitorizado e sem se conseguir exprimir. Daí que o profissional, neste contexto, com menor número de meios tecnológicos, deve aprimorar a resposta às necessidades do doente, com base na sua observação. Já Nightingale (1989), demonstrava preocupação com o aperfeiçoamento do enfermeiro na observação, em ensinar a observar, como observar, interpretando sintomas. A importância da observação no cuidar, demonstra necessidade de se saber observar um doente, sendo que o ABC de um enfermeiro é, ser capaz de “ler” cada mudança na fisionomia do doente, sem que o mesmo o tenha que referir.

Dando continuidade à aquisição de conhecimentos sobre gestão dos cuidados, fui acompanhando o meu orientador, restantes colegas e chefe de equipa em vários turnos, no sentido de adquirir conhecimentos sobre a forma como gerir um serviço tão complexo e com um número tão elevado de profissionais, assim como doentes e familiares (ex: plano de contingência da gripe). Desta forma, pude refletir sobre tomadas de decisão e intervenções, mobilizando dados da investigação.

Em semelhança com o estágio anterior, de acordo com indicações do meu orientador e dos elementos responsáveis pela formação, tendo em conta o plano de formação anual do serviço, contemplar uma quantidade apreciável de formações, algumas de carácter obrigatório, por parte da instituição, considerou-se pertinente, a elaboração de um póster que contemplasse a informação preconizada para uma eventual formação. O póster com o tema “Sinais de alerta e antecipação de cuidados de enfermagem, ao doente vítima de HSA, por rotura de Aneurisma Cerebral”, (Apêndice VII) no período pré-tratamento definitivo, foi apresentado à equipa, na minha opinião e após comentário do

meu orientador e de alguns elementos que assistiram à formação, de forma segura, com linguagem técnica, transmitida de forma clara e bem sustentada, tendo tido uma boa receptividade por parte dos vários elementos. Respondi, às questões que me foram colocadas com base em evidência atual e fidedigna. O póster ficou exposto e acessível na sala de enfermagem. Realizei também a divulgação dos pósteres elaborados no estágio anterior, disponibilizando-os em suporte informático, assim como bibliografia de consulta.

A variedade de experiências, com doentes a vivenciarem processos complexos de doença crítica, permitiram-me o desenvolvimento do raciocínio crítico, reflexivo, com base em pesquisa de evidência atual e fidedigna, que me permitiu e permitirá tomadas de decisão mais seguras, autónomas e com uma melhor gestão das prioridades, antecipando cuidados na prevenção de complicações do estado clínico do doente, permitindo-me também a mobilização destes conhecimentos e prática, para a minha prestação de cuidados no meu contexto profissional e na gestão da dependência dos meios tecnológicos.

É fundamental para a atuação do enfermeiro num SU habilidade, correta gestão do tempo, tomadas de decisão rápidas e eficazes, trabalho de equipe harmonioso e baseado na interatividade, liderança colaborativa e capacidade de ação, sustentada em observação, conhecimentos técnicos e científicos, com sentido ético, respeitando o doente e seus familiares como um ser único, permitindo desta forma alcançar um objetivo comum, que é o dar resposta à satisfação das necessidades do doente e seus familiares, com qualidade na prestação de cuidados aos mesmos e baseados na melhor evidência possível.

Assim, para que os cuidados aos doentes sejam prestados com a maior qualidade, para um melhor *outcome*, está implícito a utilização da melhor evidência na prática de cuidados, conseguida através da investigação e na interação dos elementos com esses conhecimentos, pois como refere Boykin & Schoenhofer (2013), a base da enfermagem estabelece-se nas interações com as pessoas, onde está presente a tríade pessoa, família e enfermeiro, no final desta interação, todos crescem. É pertinente, refletir sobre os cuidados que prestamos e como o processo reflexivo nos faz repensar sobre as nossas posturas académicas, profissionais e pessoais (Caetano, et al, 2007), onde está implícito a interação como outro. Aqui, o trabalho em equipa, que no

modelo de Boykin & Schoenhofer (2013) está implícita a conceção *Dancing of Caring Persons*, todas as pessoas (equipa de profissionais, doente e família) estão envolvidas no cuidado e detêm uma participação igualitária. Na minha opinião, *Dancing of Caring Persons*, está implícito no trabalho de equipa, isto porque, a *dança* inclui um círculo de *dançarinos*, no qual se valoriza cada pessoa, tendo por foco, o cuidado centrado na pessoa. Cada um traz a sua própria contribuição, permitindo um reconhecimento da importância do trabalho em equipa, nesta *dança de cuidados*. Por sua vez, Kuliukas et al, (2009), referem que para um bom trabalho de equipa em situações de emergência, terão de estar presentes 3 características principais, a comunicação, a definição de papéis, responsabilidades e consciência situacional.

De acordo com o referido, penso que é fundamental tomar consciência das minhas capacidades e limitações, levando ao meu crescimento pessoal e profissional, promovendo em situações futuras, a “transferência” para a prática, do que tenho de cognitivo, através de fundamentação e com base em evidência.

Durante este estágio, pela pertinência em contactar com peritos na área, participei no IV Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEEMC) “Gente que cuida de gente, em contexto da prática especializada”, (Anexo VII), pela pertinência e abrangência dos temas sobre investigação, instrumentos de registos, cultura de segurança em UCI, com sub-temas como dotações seguras e gestão de cuidados de qualidade, tendo como objetivo, melhorar a abordagem das necessidades do doente e familiares e permitir o investimento na promoção da visibilidade da profissão, pela partilha de experiências entre especialistas da mesma área de cuidados.

No término do meu percurso de estágio participei no Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias, no Porto, tendo como tema “Uma experiência de vida... Um saber acumulado”, (Anexo VIII). Diferente de todos os congressos que participei, este tinha a particularidade de abordar vários temas em salas distintas, tendo o participante a possibilidade de seleccionar a que melhor se adequasse, à procura de saberes e melhoria de conhecimentos. A minha escolha, teve por base não só o meu interesse na aquisição de conhecimentos na abordagem da PSC, mas também relacionado com a minha temática de projeto, assim como o meu interesse na melhoria de

competências na área da prevenção da infeção e controlo da dor, refletindo sobre a minha prestação de cuidados no presente, e planeando o futuro, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados, tendo em conta, as exigências e desafios atuais na saúde.

Em colaboração com uma colega, elaborámos sob orientação da professora tutora, um póster com o tema “Intervenção Especializada de Enfermagem ao Doente que vivencia um AVC” (Apêndice VIII), no qual abordámos as intervenções de enfermagem comuns aos doentes que vivenciam um AVC Isquémico e Hemorrágico. A apresentação do mesmo e respetiva discussão, perante o júri, correu de forma positiva, sendo mais uma experiência nova para mim, no desenvolvimento de competências, transmissão de conhecimentos de forma segura, adotando uma postura proativa perante a profissão, assim como pessoalmente.

Com o término do estágio em contexto de SU e UCI, posso referir que prestei cuidados ao doente vítima de HSARAC, em todo o seu percurso (pré, durante e pós tratamento definitivo), apesar de em número limitado. Estes cuidados, prestados pela equipa multidisciplinar, visam a *neuroproteção* do doente neurocrítico, proporcionando segurança e qualidade dos cuidados, tendo por intuito promoção de uma circulação cerebral adequada, antecipando cuidados, que previnam as LCS's e consequentes sequelas. O cuidado prestado a este doente, é mais eficiente quando prestado por uma equipa multidisciplinar especializada em neurociências e, da qual faz parte o enfermeiro especialista. Durante o estágio tive a possibilidade de aprofundar conhecimentos práticos e adquirir novos, relativamente às intervenções interdependentes e autónomas de enfermagem, nesta área.

As intervenções interdependentes prestadas ao doente vítima de HSARAC, têm por base monitorização e gestão, por parte do enfermeiro, no score neurológico (GCS) do doente, avaliação pupilar e reação à luz, sedoanalgesia, fluidoterapia, débitos urinários, valores analíticos, hemodinâmicos e de monitorização multimodal, assim como parâmetros ventilatórios, entre outros (relacionados entre si), alertando a equipa multidisciplinar para qualquer alteração significativa, agindo em conformidade. Nelas estão presentes também, o envolver o doente e a família na tomada de decisão.

Relativamente às intervenções autónomas de enfermagem, o enfermeiro especialista tem conhecimentos científicos creditados, que lhe permitem prestá-las para benefício, qualidade e segurança do doente. Assim durante o estágio pude melhorar a minha prestação nesta área, estando mais desperta para os estímulos externos do ambiente que envolve este doente (SU e UCI, ambiente provido de situações de stress, ruído e agitação). As intervenções que prestei tiveram por base a promoção de um ambiente calmo e “silencioso”, com diminuição de alarmes de monitores, incentivo à diminuição do som das vozes dos profissionais, assim como das visitas e fecho de portas que reduzem o som do ambiente envolvente). Perante o sintoma de fotofobia, a redução/regulação dos focos de luz foi fundamental, promovendo quando possível luz natural, assim como colocação de óculos escuros, quando possível. O posicionamento da cabeceira do doente, a 30°, sem flexão cervical, evitando a compressão na região das jugulares e artérias carótidas, promovendo o retorno venoso e conseqüente melhoria da PPC, assim como a correta colocação dos *nastros* (fixadores dos tubos orotraqueais), sem que fizessem compressão das mesmas artérias. O enfermeiro ao prestar cuidados na promoção do conforto do doente, gere e promove a adequada posição da cabeça e alinhamento cervical, favorecendo o mecanismo fisiológico da circulação, devendo evitar ao máximo a cabeceira a 0°, pois promove o incremento da HIC. Controlo da temperatura, pois a hipertermia, está associada a um mau prognóstico, por irritabilidade cerebral.

Outra das intervenções autónomas, foi a promoção de uma oxigenação adequada, evitando períodos de hipóxia, hipocápnia, pela vasoconstrição cerebral originar isquemia cerebral, otimizando-se um aporte de oxigénio adequado, assim como, manter a permeabilidade das vias aéreas, (não exceder os 15 segundos na aspiração de secreções, no doente ventilado). Gestão da dor, com medidas não farmacológicas (ex.: massagem). Cuidados com a adequada nutrição do doente, com controlo rigoroso da glicémia, evitando quer a híper, como a hipoglémia, propulsoras de incrementos de lesões cerebrais.

A HSARAC é uma situação inesperada, de doença aguda/ complexa, geradora de *stress* e ansiedade no doente e/ou na família (medo do desconhecido, incerteza do prognóstico, complicações e dependência do

doente) é competência do enfermeiro especialista, realizar a gestão do impacto que esta situação crítica causa nos mesmos, promovendo um ambiente propício ao estabelecer de uma relação terapêutica, utilizando habilidades da relação de ajuda, para os ajudar a ultrapassar esta situação com maior facilidade (situação vivenciada em estágio).

De forma a resumir os conhecimentos adquiridos na prática e com base em evidência científica (RIL), elaborei um protocolo das intervenções de enfermagem especializada, a prestar ao doente com HSARAC e seus familiares antes e após o tratamento definitivo (Apêndice V). O objetivo deste protocolo, será de implementação no meu contexto profissional e se possível, nos contextos onde estagiei, com o intuito de uma uniformização dos cuidados a estes doentes e seus familiares. O mesmo foi divulgado no SU, com grande receptividade, pelo meu orientador e alguns elementos da equipa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na saúde, a meta deve ser a prestação de cuidados de excelência, com base no desenvolvimento de uma prática especializada, centrada nas necessidades de cada pessoa em particular, perante uma determinada situação e contexto. É pertinente que cada profissional de saúde e nomeadamente o enfermeiro, se sinta motivado para melhorar/atualizar os seus conhecimentos relacionais, técnicos e científicos, prestando cuidados complexos/ especializados/personalizados à sociedade, que deles usufruem.

Os conhecimentos adquiridos no passado são importantes, mas existe necessidade de reformulação, tendo em conta o desenvolvimento da sociedade, assim, aquando da especialização, os enfermeiros adquirem competências de gestão, investigação, tomadas de decisão mais seguras e processos de liderança, tornando-se profissionais mais confiantes, que promovem o crescimento da profissão e “dão” visibilidade à mesma, perante outras profissões e sociedade. Foi nesta linha de pensamento que iniciei o CMEEPSC, motivada para uma prestação de cuidados de excelência, mas com consciência, que me faltavam ferramentas essenciais/específicas, para caminhar nesse sentido. O término deste relatório permite a constatação do percurso teórico-prático de desenvolvimento e aprofundar de competências na área da prestação de cuidados de enfermagem à PSC, demonstrando a produção de novos conhecimentos, prática baseada em evidência, pensamento crítico e tomada de decisão refletida. As linhas orientadoras para o desenvolvimento dessas competências, tiveram por base, como já foi referido, as definidas pela ESEL (2010), DGES (2008) e OE (2011a,2011b).

Cuidar da PSC, é um cuidar complexo, um desafio para qualquer profissional, pela complexidade dos cuidados que este doente exige, pelo risco de vida eminente. É crucial antecipar cuidados que previnam complicações (OE, 2011b), proporcionando recuperação, de forma a promover qualidade de vida. Como futura enfermeira especialista, tive como foco as intervenções individualizadas, baseadas nas reais necessidades do doente e familiares (Boykin & Schoenhofer, 2013), promovendo, o envolvimento de todos os elementos do triângulo terapêutico (doente, família e equipa multidisciplinar) na melhoria do *outcome* do mesmo. Prestei cuidados centrados no doente e na família (McCormack & McCance, 2006), tendo consciência do momento que

estavam a vivenciar e o impacto que o mesmo causava na dinâmica familiar, planeando estratégias que os ajudasse a ultrapassar esta nova etapa (Meleis, et al, 2000, 2010). De forma a promover uma tomada de decisão partilhada (doente, família e equipa multidisciplinar), o doente e familiares têm que perceber os cuidados que lhes são prestados, daí que a prática do enfermeiro, tem que ser suportada por conhecimentos e competências baseadas em evidência, assim como reflexão e raciocínio crítico, algo que melhorei na minha prestação de cuidados. O enfermeiro especialista deve responsabilizar-se pelas suas ações (OE, 1998), enfrentando os desafios e exigências atuais na saúde, demonstrando perícia na sua atuação, desenvolvendo competências e prestando cuidados/intervindo de forma proativa, nas diferentes necessidades percecionadas no doente e família. Articulei as competências, com a evidência técnica, científica e relacional, de forma a proporcionar cuidados de qualidade, tendo como meta a excelência e tentando desta forma “dar” reconhecimento e visibilidade à profissão.

O enfermeiro deve aproveitar todas as oportunidades para aprender com profissionais detentores de maior experiência teórico-prática, daí a pertinência dos estágios (SU e UCI's). Os mesmos permitiram-me mobilizar conhecimentos adquiridos na minha experiência profissional, nas aulas do CMEEPSC e nos congressos, aplicando-os, através de supervisão e tutoria. Para tal acontecer, tive a colaboração da minha professora tutora (seleção dos locais de estágio), dos meus orientadores e chefes de equipa (atribuição dos doentes nas UCI's e atribuição dos setores no SU, de modo a prestar cuidados nas várias valências do percurso da PSC intra, inter-hospitalar). Assim como, pelas situações inesperadas de admissão de doentes em processo clínico complexo, promovendo a mobilização de conhecimentos em situações novas. Na minha perspetiva todos os contextos de estágio foram extremamente enriquecedores no meu crescimento pessoal e profissional, no aprofundar e desenvolver de competências, na consolidação e sistematização da abordagem à PSC, pela variedade de experiências, assim como, pela constatação (noutros contextos clínicos, que não, o meu contexto profissional), das intervenções autónomas e interdependentes a prestar à PSC, vítima de HSARAC e seus familiares.

A prestação de cuidados ao doente com HSARAC, é por si só, um cuidado complexo, que exige uma intervenção especializada por parte do enfermeiro, antecipando cuidados, detetando precocemente complicações, intervindo de forma precisa, eficiente e em tempo útil. É necessária intervenção especializada no pré tratamento, durante e no pós tratamento, assim como no transporte do doente intra ou inter-hospitalar, transmitindo a informação sobre o mesmo à equipa multidisciplinar e desta forma promover o *Gold Standard*: “Prevenção do aparecimento de LCS’s e consequentes sequelas”, com melhoria do *outcome* neurológico destes doentes e promoção de qualidade de vida não só aos mesmos, mas também aos familiares. O enfermeiro especialista, é um elemento fundamental no cuidar do doente que vivencia uma HSARAC e seus familiares, ambos pessoas vulneráveis, que necessitam de cuidados humanizados, prestados de forma holística, “...o ser em transição necessita não apenas de habilidade técnica do enfermeiro, mas do seu cuidado humanizado” (Zagonel, 1998, p.61).

Durante os estágios, tive dificuldade em me abstrair do meu contexto profissional (UCI) em termos comparativo, pelo pensamento auto-crítico, mas ultrapassei esta dificuldade, com o interesse de adquirir novos conhecimentos e aproveitar as experiências que me foram proporcionadas, para questionar as práticas, em contextos semelhantes (UCI) e completamente dispare (SU). Senti maior dificuldade na prestação de cuidados à PSC em contexto de SU, por se tratar de um ambiente mais *caótico*, onde a diversidade de situações clínicas complexas e deterioração é maior, com necessidade de uma maior capacidade de priorizar. Ultrapassei esta dificuldade, pelo interesse em desenvolver competências na área da emergência e observação da prática de enfermeiros especialistas, com elevada experiência na área. Senti um crescimento pessoal e profissional, mas tenho consciência que apesar do término do estágio com desenvolvimento de competências, existe sempre necessidade de melhoria do meu percurso profissional como futura enfermeira mestre/especialista, principalmente na liderança dos pares (dificuldade sentida inicialmente, mas melhorada ao longo dos estágios, pela observação e reflexão sobre posturas dos pares, nesses processos de liderança).

Na elaboração do relatório senti dificuldade na seleção adequada da informação a colocar no mesmo, tendo em conta a limitação de páginas, o tema selecionado (de grande interesse, pessoal e profissional para mim), assim como a necessidade de demonstrar o meu interesse na concretização e sistematização da melhoria dos cuidados à PSC e seus familiares, tendo havido necessidade de reformulação do mesmo, sob orientação da minha tutora.

De acordo com o referido, posso de uma forma global afirmar, que adquiri e desenvolvi competências de enfermeira mestre/especialista na área da intervenção à PSC, que vivencia processos complexos de doença crítica/falência orgânica (ESEL, 2010 & OE, 2011b), antecipando cuidados e articulando os mesmos com a equipa multiprofissional, expondo com clareza a informação do doente, interligando com conhecimentos baseados em evidência, raciocínio crítico, “tomando” decisões de forma mais sustentada. Pelos exemplos que fui referindo, tive presente sempre e com melhoria as minhas práticas na prevenção e controlo da infeção, perante doentes tão susceptíveis às mesmas. De acordo com a minha área problemática, aprofundei e melhorei o meu conhecimento na prestação de cuidados ao doente vítima de HSARAC e seus familiares, tendo consciência que esta é uma área em constante mudança, sendo meu dever e motivação, a atualização. Demonstrei responsabilidade profissional, ética e legal, na prestação/gestão de cuidados de qualidade, desenvolvendo aprendizagens profissionais. Dinamizei a resposta na gestão da dor, relação terapêutica com o doente e seus familiares, melhorei a minha capacidade de reflexão, raciocínio crítico na e sobre a prática, interpretei e tomei decisões, de forma assertiva e empática, tendo em conta o doente com as suas crenças e valores, promovendo um cuidado humanizado.

Em relação à resposta a situações de catástrofe, da conceção à ação, penso ser a competência menos desenvolvida, porque apenas adquiri conhecimentos teóricos, não os podendo colocar em prática.

Assim, o aprofundar de competências permitiu-me um crescimento sustentado, proporcionando-me em determinados contextos/ situações, a aquisição de características de enfermeira *perita*, definidas por Benner, “...uma enorme experiência, compreendendo de maneira intuitiva cada situação e

apreende directamente o problema...” (Benner, 2001, p 58). Tenho consciência que termino aqui uma etapa, mas muito mais há a desenvolver e adquirir, de acordo com a evolução da sociedade e da investigação em saúde, existindo necessidade de procura de novos conhecimentos, atualização e renovação, da prática, permitindo melhoria na minha confiança como profissional, no meu desempenho, promovendo cuidados seguros e de qualidade.

A concretização deste projeto, com base em investigação/evidência científica (RIL) e aplicação na prática (estágios, contexto profissional), permitiram reflexão crítica e implicação em mudança de comportamento dos profissionais, promovendo cuidados de qualidade à PSC. É de meu interesse continuar a transmitir/divulgar os dados obtidos, futuramente com uma formação no meu contexto profissional, relativamente aos cuidados especializados ao doente vítima de HSARAC e seus familiares, implementar o protocolo por mim realizado na prestação de cuidados a estes doentes, inicialmente no meu contexto profissional e se possível, nos restantes serviços nos quais realizei estágio, para uma uniformização dos cuidados ao doente vítima de HSARAC, com base em investigação. Se possível, realizar a publicação dos dados obtidos com a RIL e experiência clínica, para divulgação aos pares e de forma a dar visibilidade à profissão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AANN. (2009). Care of the Patient with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: *Clinical Practice Guideline Series*. 1-30;
- ACSS, IP (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de unidades de Cuidados Intensivos. *Governo de Portugal-Ministério da Saúde*, p.1-32. Acedido: 05/03/2017. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Cuidados\\_Intensivos\\_09\\_2013.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf);
- Alberto, A., Alexandra, C., Barros, M., Jorge, P., Manuel, P., & Vieira, S. (2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Revista Referência*, 2(10), 47–56;
- American College of Surgeons (2012). *Advanced Trauma Life Support*, 9(2), 153-155;
- Ângelo, M. (1999). Abrir-se para a família: superando desafios. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, 1(1/2), 7-14;
- Antonello, A., Conte, M., Scarafile, R., Riegler, R., Cocchia, R., Calabrò, R., et al. (2016). Transcranial Doppler ultrasound: Physical principles and principal applications in Neurocritical care unit. *Journal Cardiovascular Echography*, 26(2), 28-41 **Doi** 10.4103/2211-4122.183746;
- Bailey, J., Sabbagh, M. Loiselle, G., Boileau, J. & McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 114-122;
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 1-295;
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D.(2011). *Clinical wisdom and interventions in acute ad critical care: a thinking in action approach*. New York: Springer Publishing Company;
- Blackwood, B., Albarran J. & Latour, J. (2011). Research priorities of adult intensive care nurses in 20 European countries: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 550–62;

- Bowles, E. (2014). Cerebral aneurysm and aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Nursing standard/RCN Publishin*, 2(34), 52-59;
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). *Nursing as Caring: A model for transforming practice*. London: National League for Nursing;
- Bramhall, E. (2014). Effective Communication skills in nursing practice. *Nursing Standard*. England, 29 (14), 53-59;
- Caetano, J., Soares, E., Andrade, L. & Ponte, M. (2007). Cuidado Humanizado em terapia intensiva: Um estudo reflexivo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(2), 325-330;
- Carvalho, L. (2016). *O cuidado especializado de enfermagem na gestão do ambiente da pessoa com hipertensão intracraniana em UCI*. Lisboa. Dissertação de mestrado apresentada na ESEL;
- Castro, C., Vilela, J. & Botelho, B. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 41-59;
- Connolly, E., Rabinstein, A., Carhuapoma, J., Derdeyn, C., Dion, J., Higashida, R., ..., Vespa, P. (2012). Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals From the *American Heart Association/American Stroke Association*. 1-39. **Doi:** 10.1161/STR.0b013e3182587839;
- Connor, A. & Ortiz, E. (2009). Staff Solutions for Noise Reduction in the Workplace. *The Permanente Journal/ Fall*, 13( 4), 23-27;
- Cook, N. (2008). Emergency care of the patient with subarachnoid haemorrhage. *British Journal of Nursing*, 17(10), 624-629;
- Courtenay, M., Nancarrow, S. & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resources for Health*, 1-10;
- Craig, J. & Smyth, R. (2002). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Lusociência, 1-309;
- Cross, W.; Kitch, C; Moore, A.; Ockerby, C.; Sampson, T. (2012). Implementing clinical supervision for ICU Outreach Nurses: A case study of their journey. *Australian Critical Care*, 25, 263-270;

- Dias, C. (2014). Multimodal brain monitoring in neurocritical care practice. *International Journal of and Clinical Neurosciences Mental Health*, 1(1), 1-5;
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde*. Nº 008/2011, 1-11;
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Nº 029/2012, 1-26;
- Direção Geral de Saúde. (2015a) Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República, II Série* N.º 28 (10-02-2015) 3882(2)-3882(10);
- Direção Geral de Saúde. (2015b). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de *Pneumonia Associada à Intubação*. Nº 021/2015, 1-12;
- Direção Geral de Saúde. (2015c). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais* Nº 025/2013, 1-5;
- Direção Geral de Saúde. (2015d). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. 002/2015, 1-22;
- Direção Geral de Saúde. (2016). Portugal – *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*, 1-92. Acedido: 10/03/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/.../portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015->;
- Direção Geral do Ensino Superior. (2008). *Descritores de Dublin*. Acedido: 01/03/2017. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2010). *Nursing Care Plans - Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span* (8th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company;
- Doroty, J. (2016). Neurocritical care in aneurysmal subarachnoid haemorrhage: The evidence-based approach. *Journal of Neuroanaesthesiology and Critical Care*, S77-S80;

- Dunn, L. (2002). Raised intracranial pressure. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 73(1), 23–27;
- Durão, M.C. (2004). Ser enfermeiro numa UCI: um sentido para cuidar. *ESEL*, 158;
- Entidade Reguladora da Saúde. (2016). *Deliberação do conselho de administração da entidade reguladora da saúde*. n.º ERS/074/2015. Acedido: 03/03/2017. Disponível em: [https://www.ers.pt/.../Publica\\_o\\_-\\_vers\\_o\\_n\\_o\\_confidencial\\_-\\_ERS\\_074\\_15.pdf](https://www.ers.pt/.../Publica_o_-_vers_o_n_o_confidencial_-_ERS_074_15.pdf)
- Equipe EaD. (2014). Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidência. *Anima educação - Educação á distância*, 1-55;
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objetivos e competências do CMEPS*. Acedido: 01/03/2017. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/ronlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Fonseca, E. (2015). Formação: Uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*. Acedido: 16/03/2017. Disponível em: <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Fontaine, F. (2012). *Impact of the Critical Care Environment on the Patient*. Essentials of Critical care Nursing, A holistic Approach, 36-45, ISBN 9781609136932;
- Fortunato, J., Furtado, M., Hirabae, L. & Oliveira, J. (2013). Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, 12(3), 111-117;
- Fugate, J., Rabinstein, A., Wijdicks, E., & Lanzino, G. (2012). Aggressive CSF diversion reverses delayed cerebral ischemia in aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a case report. *Neurocritical Care*, 17(1), 112-116. **Doi:**10.1007/s12028-012-9723-z;
- Godinho, N. (2017). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - normas APA e ISO 690 (NP 405). *ESEL – Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas*, 1-44;

- Greenberg, M. (2013). *Manual de Neurocirurgia*. Artmed, 7ªed.São Paulo. ISBN 978-85-363-2641-2. 1126-1213;
- Gura, M., Elmaci, I., Cerci, A., Sagiroglu, E., & Coskun, K. (2012). Haemodynamic augmentation in the treatment of vasospasm in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Turkish Neurosurgery*, 22(4), 435-440. **Doi:**10.5137/1019-5149.JTN.3863-10.1;
- Haines, D. (2006). *Neurociência Fundamental para aplicações básicas e clínicas*. Elsevier. 3a ed. São Paulo;
- Herdman, T. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014*. Chichester, U.K ; Ames, Iowa : Wiley-Blackwell,1-533;
- Hough, M. (2008). Learning, decisions and transformation in critical care nursing practice. *Nursing Ethics*,15(3), 322-331;
- Ingersoll, G. (2000). Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nursing Outlook*, 48(1), 151-152;
- Klettemberg, F., Mantovani, M. & Lacerda, R. (2004). Entre as teorias e a prática de cuidar: que caminho trilhar? *Cogitare Enferm*. 9(1), 94-99;
- Koizumi, M. & Diccini, S. (2006). *Enfermagem em Neurociência: Fundamentos para a prática clínica*. (359-386). Atheneu. ISBN: 85-7379-840-8
- Kolcaba, K. Y. & Kolcaba, R. J. (1991) - An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310;
- Kotter, J. & Rathgeber, H. (2009). *O nosso icebergue está a derreter*. Ideia de Ler, 1-128;
- Kuliukas, L., King, S., Ford, J., Education, P. M., Edward, K., & Hospital, M. (2009). Just IN TIME: a multidisciplinary small group learning experience. *The Clinical Teacher*, 6, 272–276. **Doi:**10.1111/j.1743-498X.2009.00315.X.
- Kuroda, Y. (2016). Neurocritical care update. *Journal of Intensive Care*, 4- 36 **Doi** 10.1186/s40560-016-0141-8;
- Lage, M. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Rev. Port. Saúde Pública*. (10), 11-16;

- Lamb, C. (2014). Improving subarachnoid haemorrhage care. *Nursing Times*, 110 (46), 22-24;
- Lange, F.(2009). Nursing management o subarachnoid haemorrhage: A reflective case study. *British Journal of Neuroscience nursing*, 5(10), 463-469;
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República. I Série*, N.º 57(21-03-2014) 2127-2131. Acedido: 10/03/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-.aspx>;
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing Press. New York: National League of Nursing Press*;
- Lindgaard, K., Nornes, H., Bakke, S., et al. (1988). Cerebral vasospasm after subarachnoid haemorrhage investigated by means of transcranial Doppler ultrasound. *Acta Neurochirurgica Supplementum*, 42, 81-4;
- Locsin, R. C. (2005). Technological competence as caring in nursing: A model for practice. *Indianapolis: Sigma Theta Tau International*;
- Manoel, A., Goffi, A., Marotta, T., Schweizer, T., Abrahamson, S. & Macdonald, R. (2016). The critical care management of poor-grade haemorrhage. *Critical Care*, 1-19 **Doi** 10.1186/s13054-016-1193-9;
- Maruiti, M. & Galdeano, L. (2006). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*, 20(1), 37-43;
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5), 472-479;
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range *Theory*. *Adv Nurs Sci*, 23(1), 12-28;
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Research and Practice*. New York: NY: Springer Publishing Company, 1-664;

- Morete, M., Mofatto, S., Pereira, C., Silva, S. & Odierna, M. (2014). Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala da dor Behavioural Pain Scale. *Ver. Bras. Ter Intensiva*, 26(4), 373-378;
- Munro, C. (2010). The “Lady With the Lamp” Illuminates Critical Care Today. *American Journal of Critical Care*, 315-317;
- Nascimento, K. & Erdmann, A. (2009). Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: A Teoria do Cuidado Transpessoal e Complexo. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 17(2), 1-8;
- Neurocritical Care Society (NCS). (2017). Acedido em: 01/03/2017. Disponível em: <http://www.neurocriticalcare.org/Family-Patient-Resources/What-is-Neurocritical-Care>
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez;
- Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem*. Lusociência, 17- 186. ISBN: 972- 8383-92-4;
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos de arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (1998) *REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril);
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Caderno Temático - Modelo de desenvolvimento profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Acedido em: 01/03/2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/caderno\\_stematicos1.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/caderno_stematicos1.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, II série N.º 35 (18-02-2011) 8648 – 8653*. Acedido: 01/03/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, II série* N.º 35 (18-02-2011) 8656 - 8657. Acedido: 01/03/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011c). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 1-8;
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro), 1-12. Acedido: 01/03/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- Pires, A. (2008). Ética e Cuidar em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 72, consultado em 12/03/2017, disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/sinais-vitais/item/3419-etica-e-cuidar-em-enfermagem#.WNMMWYHyhdg>
- Ponce, P. (2002). Cuidados intensivos. O paradigma da nova medicina tecnológica. *Análise Social.*, XXXVIII: 166, 139-153;
- Radanovic, M. & Scaff, M. (2001). Uso do doppler transcraniano para monitorização do vasoespasma cerebral secundário à hemorragia subaracnóide. *Rev Ass Med Brasil*, 47(1), 59-64;
- Rank, W. (2013), Aneurysmal, subarachnoid Hemorrhage: Follow the guidepines. *Nursing*, 43(5), 42-50. **Doi** 10.1097/01. Nurse. 0000428692.56721.36;
- Ribeiro, M., Santos, S. & Meira, T. (2006). Refletindo sobre liderança em enfermagem. *Esc. Anna. Nery Er Enfermagem*, 10(1), 109 – 115;
- Rocha, H. & Braga, R. (2016). Hemorragia subaracnóideia: um quadro atípico de uma patologia rara. *Rev Port Med Geral Fam*, 32, 275-279;

- Rogers, A. (1997.) Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 65–72;
- Rooij N, Linn F, van der Plas J, Algra A & Rinkel GJ. (2007) Incidence of subarachnoid haemorrhage: a systematic review with emphasis on region, age, gender and time trends. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 78(12), 1365-1372;
- Rosen, D. & Macdonald, R.(2005). Subarachnoid Hemorrhage Grading Scales A Systematic Review. *Neurocritical Care*, 2, 110-118. ISSN 1541-6933/05/2. **Doi:** 10.1385;
- Santos, V. (2013). Dotações Seguras em Enfermagem como reflexo na qualidade dos Cuidados Prestados. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*,9, 18-23;
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. (3), 15-23;
- Shah, L. & Christensen, 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, A. (2015). Erros de preparação/administração de medicação na prática de enfermagem, em contexto de cuidados intensivos. Que estratégias? *Revista Investigação em Enfermagem*. (10), 9-16;
- Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia. (2012). Acedido 06/03/2017, Disponível em: [http://spnc.pt/aneurisma-cerebral-hemorragia-subaracnoideia\\_item\\_262](http://spnc.pt/aneurisma-cerebral-hemorragia-subaracnoideia_item_262);
- Sociedade Portuguesa de Pediatria Consensos e Recomendações. (2008). Protocolo de actuação na hemorragia subaracnóideia não traumática. *Acta Pediatr Port*, 39(6):266-70;
- Sociedade Portuguesa do AVC. (2016). Acedido 03/03/2017, Disponível em: <http://www.spavc.org/pt/a-spavc>;
- Steiner, T., Juvela, S., Unterberg, A. Jung, C., Forsting, M. & Rinkel, G.(2013). *European Stroke Organization Guidelines for the Management of*

- Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Haemorrhage. Cerebrovascular Diseases, Doi: 10.1159/000346087, 93-112;*
- Suarez J, Tarr R & Selman W. (2006). Aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med.*, 354(4), 387-96;
- Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Alterações Neurológicas. Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção.* (5ª edição) Portugal: Lusodidata. ISBN 978-989-8075-08-6, 705-798;
- Vogelsang, A., Wengstro, Y., Svensson, M. & Forsberg, C. (2013). Transitional experiences in patients following intracranial aneurysm rupture. *Journal of Clinical Nursing.* 23, 1263–1273, **Doi:** 10.1111/jocn.12317;
- Wang, Z., Downs, B., Farrell, A., Cook, K., & Hourihan, P. (2013). Role of a Service Corridor in ICU Noise Control , Staff Stress , and Staff Satisfaction. *Environmental Research of an Academic Medical Center,* 6(3), 80– 94;
- Wijdicks, E., Menon, D. & Smith, M. (2015). Ten things you need to know to practice neurological critical care. *Intensive Care Med,* 41, 318–321 **Doi** 10.1007/s00134-014-3544-9;
- World Federation of Neurological Surgeons (WFNS). (2011). *Grading System for Subarachnoid Hemorrhage - scale* Acedido 03/03/2017, Disponível em: [http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/WWF\\_scale.pdf](http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/WWF_scale.pdf)
- World Health Organization. (2009). WHO patient safety curriculum guide for medical schools. *Library Cataloguing-in-Publication Data,* 1-258. ISBN 978 92 4 159831 6. Acedido 03/03/2017, Disponível em: <http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2016/11/patientsafetycurriculumguideformedicalschoools.pdf>
- Zagonel, I. (1998). O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transicionais humanos. *ACTA Paulista de Enfermagem.* 11(2), 56-62.

ANEXOS

ANEXO I – ESCALAS DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E  
GRAVIDADE CLÍNICA DO DOENTE COM HSARAC

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
<b>TOTAL MÁXIMO</b>	<b>TOTAL MÍNIMO</b>	<b>INTUBAÇÃO</b>
15	3	8

### Quadro I - Escala de Hunt e Hess

Descrição	Grau
Assintomático, cefaleia ligeira, rigidez terminal da nuca	1
Cefaleia moderada/grave, rigidez da nuca, sem défice neurológico para além de paresia de pares cranianos	2
Tonturas / confusão, défice neurológico focal ligeiro	3
Estupor e/ou hemiparesia moderada a grave	4
Coma e/ou postura em descerebração	5

### Quadro II - Escala da World Federation of Neurosurgical Societies (WFNS)

Escala de Coma Glasgow	Défice motor	Grau
15	Ausente	1
13-14	Ausente	2
13-14	Presente	3
7-12	Presente ou ausente	4
3-6	Presente ou ausente	5

### Quadro III - Escala de Fisher

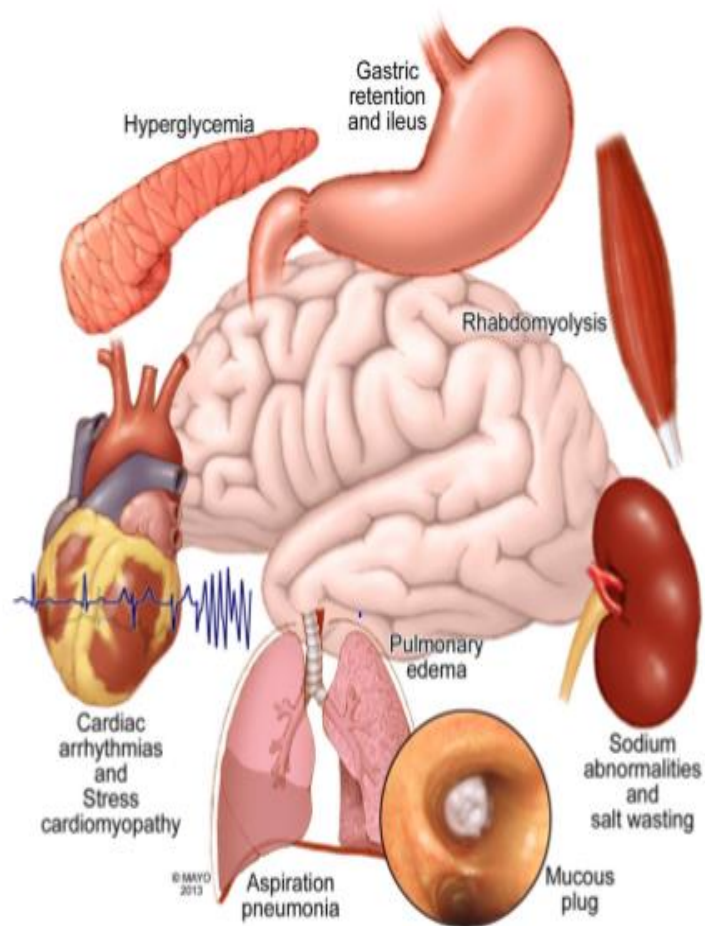
Descrição	Grau
Sem hemorragia visualizável	1
Deposição difusa de sangue no espaço subaracnoideu, sem coágulos e sem colecções hemáticas com mais de 1 mm	2
Coágulos localizados e/ou colecções hemáticas com 1 mm ou mais de espessura	3
Hemorragia subaracnoideia difusa ou não visualizável, mas com coágulos intraparenquimatosos ou intraventriculares	4

Fonte: Sociedade Portuguesa de Pediatria Consensos e Recomendações. (2008). Protocolo de actuação na hemorragia subaracnoideia não traumática. *Acta Pediatr Port*, 39(6):266-70;

World Federation of Neurological Surgeons *Grading System for Subarachnoid Hemorrhage - (WFNS) scale* (2011). Acedido 06/03/2017, Disponível em: [http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/WWF\\_scale.pdf](http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/WWF_scale.pdf)

## ANEXO II – PROBLEMAS ASSOCIADOS À LESÃO CEREBRAL

**Fig. 1** Major medical problems in patients with acute brain injury (from Wijidicks © 2014 by Mayo Foundation for Medical Education and Research) [15]



Fonte: Wijidicks, E., Menon, D. & Smith, M. (2015). Ten things you need to know to practice neurological critical care. *Intensive Care Med*, 41, 318–321 Doi 10.1007/s00134-014-3544-9.

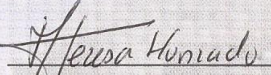
ANEXO III – CERTIFICADO DO CURSO “6<sup>TH</sup> OPORTO  
NEUROCRITICAL CARE LEARNING COURSE”

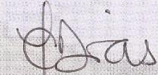
# CERTIFICATE OF ATTENDANCE

The Organizing Committee certifies that

**Enf<sup>a</sup>. Susana Sobral**

Has attended the **6th Oporto Neurocritical Care Learning Course, Intracranial Pressure, Brain Oxygenation And Cerebral Blood Flow**, held in «Auditório da FMUP»,  
Centro Hospitalar de S. João,  
November 11 - 12, 2016.

  
Dra. Teresa Honrado

  
Dra. Celeste Dias



**CODMAN NEURO**

 **DePuy Synthes**  
COMPANIES OF Johnson & Johnson

ANEXO IV – CERTIFICADO DO CURSO ADVANCED TRAUMA  
CARE FOR NURSES (ATCN)



Continuing Education Certificate  
Society of Trauma Nurses

**Advanced Trauma Care  
for Nurses®**  
Student Course

CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL  
HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE XAVIER

LISBOA

18 e 19 de março de 2016

SUSANA FILIPA NASCIMENTO ALELUIA SOBRAL

---

---

**Cândida Durão**  
Course Director

STN is a licensed continuing education provider in the State of California Board of Registered Nursing. Provider Number CEP 11062 This course has been approved for 25 hours of credit.

ANEXO V – CERTIFICADO DO CONGRESSO STATUS 5 –  
TRAUMA, EMERGÊNCIA, REANIMAÇÃO – O ESTADO DA  
ARTE

**VIATURA MÉDICA DE  
EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO**  
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE

**WWW.CONGRESSOTATUS5.COM**

**CERTIFICADO**

**STATUS5**  
TRAUMA EMERGÊNCIA REANIMAÇÃO  
O ESTADO DA ARTE

Certifica-se que

*Susana Filipa Aleluia Sobral*

Participou no Congresso Científico Status 5 | Trauma, Emergência, Reanimação – O estado da arte, que se realizou no Auditório Prof. Dr. Armando Simões dos Santos, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa, nos dias 28 e 29 de Outubro de 2016.

*Joana Marques*

Dra. Joana Marques

*Claudia Serrano*

Enf. Claudia Serrano



ANEXO VI – CERTIFICADO DO CURSO DE SUPORTE  
AVANÇADO DE VIDA (SAV)



Instituto Nacional de Emergência Médica  
Via Verde para a Vida

## Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Susana Filipa Nascimento Aleluia, nascido(a) a 22-07-1986, em Almada, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 12910489, concluiu com aproveitamento, em 18-06-2016, o Curso de Formação Profissional.

## Módulo Suporte Avançado Vida

que decorreu de 17-06-2016 a 18-06-2016, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 18.2 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 18-06-2016



Departamento de Formação  
em Emergência Médica



(Maria Fátima Lopes Cordeiro Rato)

Certificado N.º / 003-1.2-0312/12798/36058/2016

Válido até Junho de 2021

Mod. INEM.061/2

ANEXO VII – CERTIFICADO DO ENCONTRO DE ENFERMEIROS  
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA  
(EEEEMC)



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

**C**ertifica-se que

**SUSANA FILIPA NASCIMENTO ALELUIA SOBRAL**

membro nº 61771 desta Ordem, esteve presente no **IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, nos dias 20 e 21 de Janeiro de 2017, num total de 9 horas em Braga, no Auditório do Hospital de Braga.

Braga, 21 de Janeiro de 2017.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco

ANEXO VIII – CERTIFICADO DO IV CONGRESSO  
INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES  
INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

**IV** CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

**XIV** CONGRESSO DO ARCO IBEROATLÁNTICO

20 e 21 - FEVEREIRO - 2017

MATOSINHOS

## Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a):

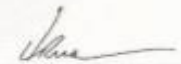
**Susana Aleluia Sobral**

Esteve presente no **IV Congresso Internacional Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto**, realizado no(s) Cinemas NOS NorteShopping, no(s) dia(s) 20 e 21 de Fevereiro de 2017.

ASCI VERIFICATION CODE  
qrs7y6-vq-HKMG-2n46vpx2npt1



Anibal Marinho



Fernando Rios



Chaves Caminha



José António Pinho

organização



## APÊNDICES

APÊNDICE I – PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA (RIL)

## Protocolo da RIL

No âmbito da UC de EC, inserida no 6.º CMEEPSC, da ESEL, faz parte integrante da mesma, realizar uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), permitindo que a evidência adquirida com a mesma, fundamente cientificamente, o tema do projeto de estágio.

A Equipe EaD (2014), citando Botelho, Cunha e Macedo (2011, p.133)

ênfatizam que o método da revisão integrativa pode ser incorporado às pesquisas realizadas em outras áreas do saber, além das áreas da saúde e da educação”, pelo fato de ele viabilizar a capacidade de sistematização do conhecimento científico e de forma que o pesquisador aproxime-se da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa. (Equipe EaD, 2014, p.6).

O tema escolhido para realizar o projeto é: “Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa em Situação Crítica, que Vivencia uma Rotura de Aneurisma Cerebral”.

A seleção do tema e da pergunta de pesquisa surgiram com base, no meu contexto profissional (UCIC), onde a admissão de doentes com HSARAC tem uma prevalência significativa. A complexidade do estado clínico destes doentes, envolve intervenções específicas de enfermagem, daí surgir a necessidade de melhorar os conhecimentos, sobre os cuidados a prestar aos mesmos e seus familiares, “síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado” (Botelho, Cunha e Macedo, 2011, p.133, citadas por Equipe EaD, 2014, p.6), promovendo cuidados de qualidade, com a melhoria do *outcome* do doente.

Assim, ao reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema das Intervenções de Enfermagem Especializada ao doente com HSARAC, permite procurar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento nesta área.

Surge assim, a Questão Orientadora da RIL:

“Quais os cuidados de enfermagem especializada, que contribuem para melhorar o *outcome* do doente com HSA, por rotura de AC, em contexto de SU e UCI?”

A presente questão foi elaborada no formato PICO, no qual o (P) corresponde à População, o (I) à Intervenção, o (C) ao Contexto e (O) os *outcomes*/resultados.

*“Quais os cuidados de enfermagem especializada (I), que contribuem para melhorar o “outcome” (O) do doente com HSA, por rotura de AC (P), em contexto de SU e UCI (C)?”*

Posteriormente foram identificados descritores de pesquisa: - *Subarachnoid Hemorrhage*, - *Intracranial aneurysm*, - *Secondary brain injurie*, - *Advanced - Nursing Practice*, - *Nursing interventions*, - *Critical care nursing*, - *Nursing*, - *ICU*, - *Emergency*, - *Nursing “outcome”*, - *Re-bleeding*, - *Hydrocephalus*, - *Vasospasm* e - *Brain sequelae*. As palavras-chave foram validadas na respetiva plataforma MeSH e usadas como descritores MeSH na pesquisa nas bases de dados científicas. Ou seja, através destes descritores procedeu-se à pesquisa/ cruzamento dos mesmos, nas bases de dados CINAHL, MEDLLINE, COCHRANE E COCHRANE RSL.

Após se obter os resultados, para cada base de dados, procedeu-se à definição dos critérios de inclusão e exclusão, que têm por finalidade, manter a conformidade com a questão de pesquisa.

Os Critérios de Inclusão utilizados foram: “all adults” e ano entre “2010-2016”.

Os Critérios de Exclusão foram todos aqueles que não preenchem os requisitos dos critérios de inclusão.

Seguidamente procedeu-se à eliminação dos artigos repetidos nas bases de dados, a exclusão dos artigos, por título, seguidamente por abstract e posteriormente por leitura integral, dos artigos que respondiam à questão de investigação. As diferentes fases da RIL, foram apresentadas com base num fluxograma.

APÊNDICE II – OBJETIVOS, ATIVIDADES E INDICADORES DE  
QUALIDADE – SU E UCI

<b>SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>		
<b>OBJETIVO GERAL:</b> Desenvolver competências de enfermagem especializada, na intervenção à Pessoa em Situação Crítica, com rotura de aneurisma cerebral.		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b>	<b>ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER</b>	<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>
<p><b>Prestar cuidados de enfermagem especializada, à pessoa em situação crítica (PSC), em contexto de Urgência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da dinâmica, processo e normas de admissão do doente em situação crítica, nos diferentes setores do SU;</li> <li>- Conhecimento da articulação do SU, com os restantes serviços do Centro Hospitalar, com hospitais da área de referência e com o CODU;</li> <li>- Identificação do percurso do doente em situação crítica, no SU;</li> <li>- Conhecimento do procedimento, de alta, transferência, referência e articulação com outros serviços ou apoio social;</li> <li>- Promoção de uma relação interpessoal com os elementos da equipa interdisciplinar, estabelecendo um ambiente propício ao trabalho em equipa;</li> <li>- Prestação de cuidados humanizados, que permitam minimizar o impacto da admissão do doente e sua família, no SU;</li> <li>- Identificação de situações urgentes e prioritárias e/ou agravamento do estado clínico do doente, alertando o médico e/ou, encaminhamento para as salas de Emergência/Reanimação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contactar com especialistas na área de urgência e emergência;</li> <li>- Prestar cuidados à PSC e seus familiares, nos vários setores alocados ao SU;</li> <li>- Preparar pelo menos 5 vezes a sala de trauma/reanimação;</li> <li>- Acolhimento/Admissão no mínimo de 5 doentes nos vários setores do SU;</li> <li>-Mobilizar os diferentes protocolos instituídos: “vias verdes: AVC, sépsis, trauma e coronária”, assim como “Sistema de Triagem de Manchester” pelo menos uma vez;</li> <li>- Preencher corretamente as diferentes escalas de avaliação do doente: Escala de Comas de Glasgow, Escala de Braden, Risco de Quedas, Registo da Escala de Johnes Dependency Tool e Escala</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação e vigilância do estado de saúde do doente, formulando diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções, executando-as e avaliando resultados;</li> <li>- Aquisição de destreza na realização de técnicas e procedimentos emergentes, à PSC;</li> <li>- Conhecimento sobre o sistema de registos do processo do doente, assim como do sistema de terapêutica e solicitação de transporte;</li> <li>- Promoção de um ambiente propício ao controlo da infeção, tendo em conta o contexto e recursos disponíveis;</li> <li>- Controlo da dor, promovendo conforto ao doente e familiares;</li> <li>- Identificação das necessidades da PSC e seus familiares, esclarecendo dúvidas;</li> <li>- Conhecimento das especificidades do transporte do doente crítico com rotura de AC, intra e inter - hospitalar;</li> <li>- Identificação das necessidades da PSC, que recorre ao SU, com uma hemorragia subaracnóideia (HSA), por rotura de um aneurisma cerebral (AC) (HSARAC);</li> <li>- Utilização dos dados da RIL como instrumento para aprofundar conhecimentos sobre a temática no</li> </ul>	<p>da Dor;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar o sistema HCIS, CPCHS e CONEXALL de forma autónoma;</li> <li>- Planeamento e execução dos cuidados prestados, à PSC e seus familiares, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados;</li> <li>- Cumprir as precauções básicas de proteção individual e controlo de infeção;</li> <li>- Proporcionar conforto ao doente, utilizando estratégias, tendo em conta o contexto;</li> <li>- Gerir prioridades nos cuidados prestados, tendo em conta o contexto, recursos humanos e materiais;</li> <li>- Atuação, segundo normas e procedimentos de atuação em vigor, no transporte do doente crítico intra e inter- hospitalar;</li> <li>-Conhecimento de normas de referência do doente com HSARAC;</li> </ul>
--	--	--

	<p>respetivo contexto;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integração nos projetos e atividades desenvolvidos pelas equipas;</li> <li>- Diagnóstico das necessidades de formação no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, ao doente crítico, evidenciadas pela equipa;</li> <li>- Planeamento de uma sessão teórica/teórico-prática de formação, sobre prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, nas valências detetadas como menos desenvolvidas e se necessário, mais especificamente no doente com rotura de AC;</li> <li>- Divulgação dos resultados da prática baseada na evidência em sessões de formação aos enfermeiros;</li> <li>- Reflexão e análise crítica do processo de aprendizagem;</li> <li>- Reunião com o Enfermeiro orientador para análise do percurso de aprendizagem e partilha de ideias/conhecimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessão de formação/sensibilização sobre a temática identificada como pertinente;</li> <li>- Produção de conhecimento;</li> <li>- Elaboração de jornais de aprendizagem (JA);</li> </ul>
<p><b>Promover intervenções de enfermagem especializada, junto dos familiares do doente que vivencia uma rotura de aneurisma cerebral (AC)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica/RIL sobre as necessidades dos familiares de doentes admitidos em SU;</li> <li>- Identificação das necessidades dos familiares da PSC, que recorre ao SU, com HSARAC;</li> <li>- Planeamento de intervenções de enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão sobre as mesmas, articulando com a literatura/evidência prática;</li> <li>- Acolhimento da família da PSC, por rotura de AC, pelo menos 2 vezes;</li> <li>- Realização de pelo menos 2</li> </ul>

	<p>especializada, para dar resposta às necessidades detetadas, tendo em conta a capacidade de apreensão da informação e experiências anteriores destes familiares;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação de cuidados individualizados e diferenciados, aos familiares do doente em situação complexa e de risco;</li> <li>- Envolvimento da família na prestação de cuidados ao doente, criando ambiente propício ao mesmo;</li> <li>- Levantamento de associações de apoio a estes familiares;</li> <li>- Promoção na equipa multidisciplinar, do estabelecer de uma relação terapêutica com os familiares destes doentes;</li> <li>- Desenvolvimento de estratégias de comunicação de más notícias;</li> <li>- Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem;</li> <li>- Reunião com o Enfermeiro orientador para análise do percurso de aprendizagem e partilha de ideias.</li> </ul>	<p>entrevista informais;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser agente ativo na informação à família;</li> <li>- Promover o acolhimento aos familiares do doente que vivencia uma HSARAC</li> <li>- Modificação positiva de comportamento na mobilização de estratégias de comunicação</li> </ul>
<p><b>Aperfeiçoar competências de enfermagem especializada na melhoria do <i>outcome</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização da RIL, como instrumento de suporte na área da PSC, mais especificamente, no doente com rotura de AC;</li> </ul>	

<p><b>neuroológico do doente com rotura de aneurisma cerebral (AC)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem especializada, particularmente no doente com rotura de AC, previamente à intervenção terapêutica definitiva, em situação complexa e de risco;</li> <li>- Conhecimento dos sinais de alerta, para detetar alteração do estado neurológico do doente com rotura de aneurisma cerebral, previamente ao tratamento definitivo;</li> <li>- Encaminhamento da PSC, com HSA, para exames de diagnóstico (TAC, Angiografia);</li> <li>- Conhecimento das especificidades do transporte do doente crítico com rotura de AC, intra - hospitalar;</li> <li>- Aperfeiçoar as intervenções de enfermagem especializada, no transporte do doente crítico, com rotura de AC;</li> <li>- Transporte da PSC, com diagnóstico de rotura de AC para Angiografia, BO, ou UCI;</li> <li>- Prestação cuidados de enfermagem especializada, na prevenção de lesões cerebrais secundárias, no doente com rotura de AC;</li> <li>- Conhecimento dos procedimentos a adotar em situação de emergência, relacionada com o doente em situação crítica, por rotura de AC;</li> <li>- Estabelecimento de relação terapêutica com o doente, utilizando comunicação adaptada à</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação de um protocolo de atuação;</li> <li>- Prestar cuidados, no mínimo a 3 PSC, com HSARAC;</li> <li>- Sessão de formação/sensibilização aos pares, sobre a temática identificada como pertinente;</li> <li>- Atuação, segundo normas e procedimentos de atuação em vigor, no transporte do doente crítico intra-hospitalar;</li> <li>- Participação na tomada de decisão em equipa multidisciplinar, relativamente ao transporte do doente crítico, intra e inter – hospitalar;</li> <li>- Promover uma relação terapêutica/empática;</li> </ul>
--	--	--

	<p>complexidade da sua situação clínica;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecipação das necessidades do doente, garantindo uma intervenção com prioridades adequadas;</li> <li>- Implementação de medidas de prevenção e controlo da infeção;</li> <li>- Implementação de medidas de promoção de conforto e controlo da dor;</li> <li>- Prestação de cuidados globais e diferenciados em situações complexas/ de risco ao doente com rotura de AC e família;</li> <li>- Suporte das intervenções de enfermagem na evidência científica e numa prática reflexiva;</li> <li>- Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem;</li> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador, para reflexão e análise do percurso formativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir de forma adequada, os cuidados, tendo em conta os recursos humanos e materiais disponíveis no contexto;</li> <li>- Aplicar as escalas da dor, tendo em conta a situação clínica do doente;</li> <li>- Construção de um protocolo de atuação, pertinente para o serviço.</li> </ul>
--	--	---

<b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>		
<b>OBJETIVO GERAL:</b> Desenvolver competências de enfermagem especializada, na intervenção à Pessoa em Situação Crítica, com rotura de aneurisma cerebral.		
<b>OBJETIVO EPECÍFICO:</b>	<b>ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER</b>	<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>
<p><b>Prestar cuidados de enfermagem especializada, à pessoa em situação crítica (PSC), em contexto de UCI</b></p>	<p><b>Integração no contexto de UCI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da dinâmica, processo e normas de admissão do doente em situação crítica, na UCI;</li> <li>- Conhecimento da articulação da UCI, com os restantes serviços do Centro Hospitalar;</li> <li>- Identificação do percurso do doente em situação crítica, até à chegada à UCI;</li> <li>- Conhecimento do procedimento, de alta, transferência, referência e articulação com outros serviços;</li> <li>- Promoção de uma relação interpessoal com os elementos da equipa interdisciplinar, permitindo o trabalho em equipa;</li> <li>- Prestar cuidados humanizados, que permitam minimizar o impacto da admissão do doente e sua família na UCI;</li> <li>- Conhecimento sobre o sistema de registo do processo do doente, assim como do sistema de terapêutica;</li> </ul> <p><b>Intervenções de Enfermagem Especializada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das necessidades da PSC, por rotura de AC, admitida numa UCI;</li> <li>- Utilização da RIL como instrumento para aprofundar conhecimentos sobre a temática no respetivo contexto;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Admissão de pelo menos 3 doentes e familiares;</li> <li>- Utilizar o sistema de registo de forma autónoma, no final da segunda semana de estágio;</li> <li>- Planeamento e execução dos cuidados prestados, à PSC e seus familiares, contribuindo para, a melhoria da qualidade dos cuidados;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integração nos projetos e atividades desenvolvidos pelas equipas;</li> <li>- Diagnóstico das necessidades de formação no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, ao doente crítico, evidenciadas pela equipa;</li> <li>- Planeamento de sessões teóricas e teórico-práticas de formação, sobre prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, nas valências detetadas como menos desenvolvidas e mais especificamente no doente com rotura de AC;</li> <li>- Divulgação dos resultados da prática baseada na evidência em sessões de formação aos enfermeiros;</li> <li>- Reflexão e análise crítica do processo de aprendizagem;</li> <li>- Reunião com a Enfermeira orientadora para análise do percurso de aprendizagem e partilha de ideias/conhecimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar na maioria das sessões de formação realizadas na UCI;</li> <li>- Sessão de formação/sensibilização sobre a temática identificada como pertinente;</li> <li>- Produção de conhecimento;</li> <li>- Elaboração de JA;</li> <li>- Elaboração de um EC.</li> </ul>
<p><b>Promover intervenções de enfermagem especializada, junto dos familiares do doente que vivencia uma rotura de AC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização da RIL como instrumento de apoio, à identificação e intervenção perante as necessidades dos familiares de doentes admitidos em UCI;</li> <li>- Identificação das necessidades dos familiares da PSC, que é internada numa UCI, por rotura de AC;</li> <li>- Planeamento de intervenções de enfermagem especializada, para dar resposta às necessidades detetadas, tendo em conta a capacidade de apreensão da informação e experiências anteriores destes familiares;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão sobre as mesmas, articulando com a literatura/evidência prática;</li> <li>- Acolhimento da família da PSC, por rotura de AC, pelo menos 2 vezes;</li> <li>- Realização de pelo menos 2 entrevista informais;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação de cuidados individualizados e diferenciados, aos familiares do doente em situação complexa e de risco;</li> <li>- Envolvimento da família na prestação de cuidados ao doente, criando ambiente propício ao mesmo;</li> <li>- Levantamento de associações de apoio para estes familiares;</li> <li>- Promoção na equipa multidisciplinar, do estabelecer de uma relação terapêutica com os familiares destes doentes;</li> <li>- Desenvolvimento de estratégias de comunicação de más notícias;</li> <li>- Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem;</li> <li>- Reunião com a Enfermeira orientadora para análise do percurso de aprendizagem e partilha de ideias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser agente ativo na informação à família;</li> <li>- Modificação positiva de comportamentos na mobilização de estratégias de comunicação;</li> <li>- Realização de um JA</li> </ul>
<p><b>Aperfeiçoar competências de enfermagem especializada na melhoria do <i>outcome</i> neurológico do doente com rotura de aneurisma cerebral (AC)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização da RIL, como instrumento de suporte na área da PSC, mais especificamente, no doente com rotura de AC;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem especializada, particularmente no doente com rotura de AC, previamente à intervenção terapêutica definitiva, em situação complexa e de risco;</li> <li>- Conhecimento dos sinais de alerta, para detetar alteração do estado neurológico do doente com rotura de AC, previamente ao tratamento definitivo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação de protocolos de atuação;</li> <li>- Prestar cuidados, no mínimo a 3 PSC, por rotura de AC;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar os cuidados de enfermagem especializada, prestados aos doentes com rotura de AC, em situação complexa e de risco, posteriormente à intervenção terapêutica definitiva;</li> <li>- Conhecimento das implicações neurológicas, hemodinâmicas, metabólicas e fisiológicas decorrentes do tratamento definitivo do doente com rotura de AC;</li> <li>- Identificação de possíveis complicações, pós tratamento;</li> <li>- Conhecimento das especificidades do transporte do doente crítico com rotura de AC, intra - hospitalar;</li> <li>- Aperfeiçoar as intervenções de enfermagem especializada, no transporte do doente crítico, com rotura de aneurisma cerebral;</li> <li>- Transporte de PSC, com diagnóstico de HSARAC, para Angiografia/ TAC- CE, ou BO;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem especializada, na prevenção de lesões cerebrais secundárias (LCS), no doente com rotura de AC;</li> <li>- Conhecimento dos procedimentos a adotar em situação de emergência, relacionada com o doente em situação crítica, por rotura de AC;</li> <li>- Estabelecimento de relação terapêutica com o doente, utilizando comunicação adaptada à complexidade da sua situação clínica;</li> <li>- Antecipação das necessidades do doente, garantindo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atuação, segundo normas e procedimentos de atuação em vigor, no transporte do doente crítico intra-hospitalar;</li> <li>- Participação na tomada de decisão em equipa multidisciplinar, relativamente ao transporte do doente crítico, intra – hospitalar;</li> <li>- Promoção da relação terapêutica/empática;</li> </ul>
--	--	---

	<p>uma intervenção com prioridades adequadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação de medidas de prevenção e controlo da infeção;</li> <li>- Implementar medidas de promoção de conforto e controlo da dor;</li> <li>- Prestação de cuidados globais e diferenciados em situações complexas/ de risco, ao doente com rotura de AC e sua família;</li> <li>- Suporte das intervenções de enfermagem na evidência científica e numa prática reflexiva;</li> <li>- Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem;</li> <li>- Reunião com a enfermeira orientadora, para reflexão e análise do percurso formativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construção de um protocolo de atuação, pertinente para o serviço;</li> <li>- Construção de um folheto/póster relativamente ao tema específico;</li> <li>- Realização de um EC.</li> </ul>
--	---	--

## APÊNDICE III – CRONOGRAMA DO 3º SEMESTRE

## CRONOGRAMA DO 3º SEMESTRE

Ano	2016												2017											
Mês	Outubro					Novembro				Dezembro			Janeiro				Fevereiro							
Semana	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª			13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª				
Dias	26/09 - 30	3 - 7	10 - 14	17 - 21	24 - 28	31/10 - 4	7 - 11	14 - 18	21 - 25	28/11 - 2	5 - 9	12 - 16	19 - 1		2 - 6	9 - 13	16 - 20	23 - 27	30/1 - 3	6 - 10	13 a 17	20 a 24		
Locais																								
Escola													FÉRIAS DE NATAL											
UCI Neurocríticos I																								
Visita ao SU e UCI Neurocríticos HSJ - Porto						3/11																		
UCI Neurocríticos II																								
SU																								
Elaboração do Relatório de Estágio																								

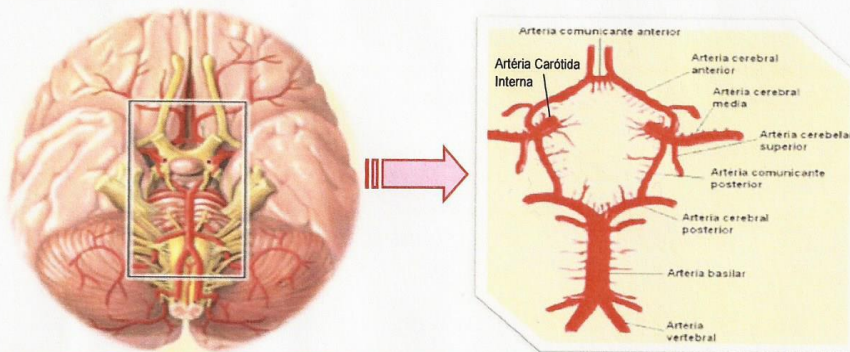
APÊNDICE IV - PÓSTER “LESÕES DO SISTEMA VASCULAR  
CEREBRAL” E “LESÕES DOS PARES CRANIANOS”

# Lesões do Sistema Vascular Cerebral

O Encefalo é vascularizado através de dois sistemas: **Vertebro-Basilar** (Artérias Vertebrais) e **Carotídeo** (Artérias Carotídeas Internas). Na base do crânio estas artérias formam o **Polígono de Willis**, de onde progridem as principais artérias para a vascularização cerebral.

O acidente vascular cerebral (AVC) é a causa mais frequente de incapacidade neurológica, sendo caracterizado por uma interrupção da circulação cerebral (AVC - **Isquémico**), que no decorrer do tratamento (trombólise), pode reverter em AVC Hemorrágico). O que decorre de uma rotura dos vasos sanguíneos cerebrais (AVC - **Hemorrágico**), ocorre por hemorragia intraparenquimatosa ou, hemorragia subaracnoideia (HSA por rotura de **Aneurisma Cerebral**).

A HSA corresponde entre 4,5% a 13% de todos os AVC's, com uma incidência aproximada de 9 por 100.000 e uma taxa de mortalidade de cerca de 60 % no prazo de 6 meses para as HSA por rotura de aneurisma cerebral. A rotura de aneurisma cerebral, apresenta como uma das lesões cerebrais secundárias: o **vasospasmo**, com possível desenvolvimento de **isquemia**. Os efeitos da interrupção do fluxo sanguíneo, varia de uma breve perda de função, seguida de recuperação completa, até ao comprometimento permanente, limitações funcionais, ou mesmo o óbito.



## DÉFICES PROVOCADOS POR LESÕES NA VASCULARIZAÇÃO CEREBRAL

<b>Artéria Vertebral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hipoestesia tátil/dolorosa na hemiface ipsilateral e nos membros contra laterais;</li> <li>· Vertigem, náuseas, vômitos;</li> <li>· Nistagmo;</li> <li>· Rouquidão, ataxia (membros ipsilaterais, com queda para esse lado).</li> </ul>	
<b>Artéria Basilar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hemiplegia contra lateral, ou tetraplegia;</li> <li>· Paralisia facial;</li> <li>· Disartria, disfagia;</li> <li>· Amaurose, ou hemianopsia;</li> <li>· Défice sensitivo bilateral;</li> <li>· Coma</li> </ul>	
<b>Artéria Cerebral Posterior</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Síndromes sensoriais talâmicos;</li> <li>· Alterações de memória (lesão bilateral);</li> <li>· Hemianopsia Homónima;</li> <li>· Cegueira cortical (provocada por lesão bilateral dos lobos occipitais, associada a agnosia);</li> <li>· Dislexia sem agrafia;</li> <li>· Prosopagnosia (incapacidade para reconhecer os familiares);</li> <li>· Hemiplegia fugaz, Ataxia.</li> </ul>	
<b>Artéria Carótida Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hemiplegia contra lateral, com Hemipostesia e Afasia (quando o hemisfério cerebral dominante é lesado);</li> <li>· Hemianopsia Homónima contra lateral, cegueira monocular ipsilateral passageira;</li> <li>· Afasia.</li> </ul>	
<b>Artéria Cerebral Média</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Afasia (quando o hemisfério dominante é lesado);</li> <li>· Hemiplegia/Hemiparesia contra lateral, mais acentuada na face e membros superiores;</li> <li>· Hemianopsia Homónima;</li> <li>· Hemihipoestesia;</li> <li>· Apraxia, Aléxia.</li> </ul>	
<b>Artéria Cerebral Anterior</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hemiparesia/Hemiplegia contra lateral, mais acentuada nos membros inferiores;</li> <li>· Perda sensorial contra lateral;</li> <li>· Perda de controlo esfinteriano;</li> <li>· Alterações do comportamento (apatia, confusão).</li> </ul>	

Referências Bibliográficas:

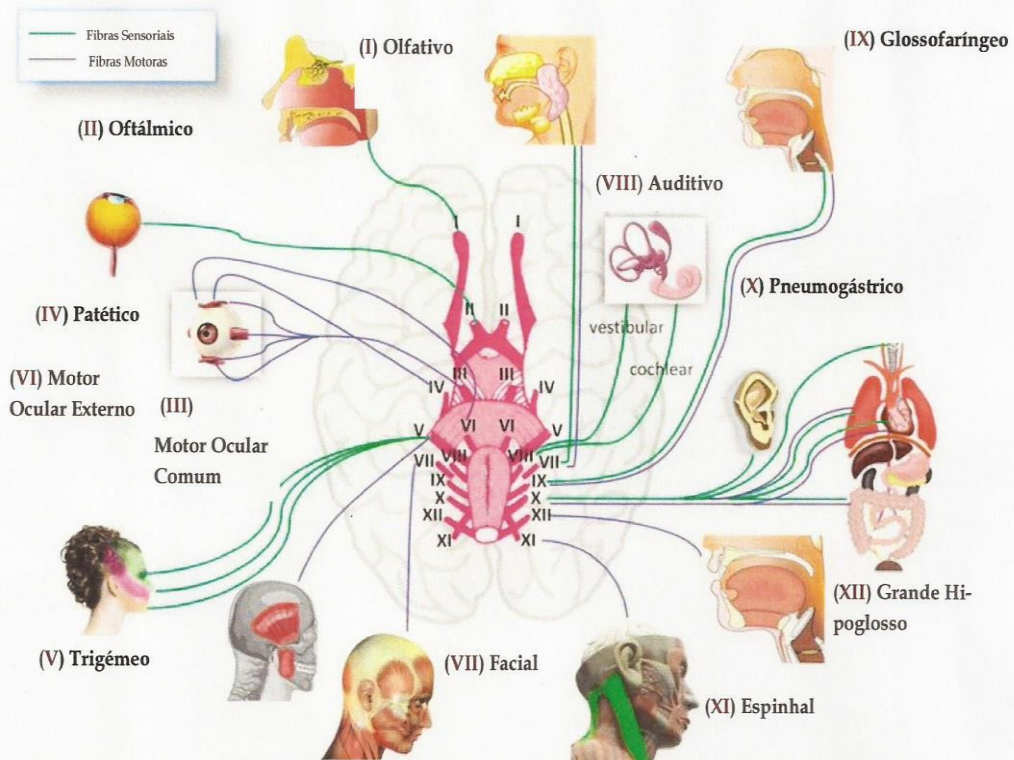
- AANN. (2009). Care of the Patient with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. Clinical Practice Guidelines Series, 1-30.
- Landy - Etkan, L. (2008). Neurociência - Fundamentos para a Reabilitação (3ª ed.) Elsevier, 403-408. ISBN: 978-85-352-2638-4.
- Philipp, W., Sunde, J. & Marik, J. (2003) Enfermeiros Médico-Cirúrgicos - Conceitos e Prática Clínica. Lutas, 3051, 1898-1899. ISBN: 973-8383-65-7.
- Scahier, T. et al. (2013) European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Hemorrhage. Cerebrovascular Diseases, 93:112. DOI: 10.1159/000346877.
- <http://www.strokecenter.org/professionals/stroke-diagnosis/stroke-syndromes/>



Escola Superior de Enfermagem de Lourenço Marques  
 Universidade Nova de Lisboa  
 Faculdade de Ciências da Saúde  
 Instituto de Saúde Pública e Ambiental

# Lesões dos Pares Cranianos

“Oh! Oh! Meu Pateta, Tu Mandas Fazer A Guerra Porque És Grande”  
 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII



## DÉFICES PROVOCADOS POR LESÕES NOS PARES CRANIANOS

(I) Olfativo	Anosmia e Parosmia
(II) Oftálmico	Redução/ Perda da Acuidade Visual e Hemianopsia
(III) Motor Ocular Comum	Pose Palpebral, Estrabismo Divergente e Mídríase
(IV) Patético	Incapacidade de mobilização do globo ocular (para dentro e para baixo) e Diplopia
(V) Trigêmeo	Paresia dos músculos da mastigação; Perda da sensibilidade na face; Perda do reflexo Corneano e do reflexo do Espirito
(VI) Motor Ocular Externo	Estrabismo Convergente
(VII) Facial	Perda de funções motoras, gustativas e autónomas
(VIII) Auditivo	Acúfenos, Vertigens e comprometimento ou perda da audição
Ouvido Interno	
(IX) Glossofaríngeo	Disfagia, Rouquidão e Disfonia
(X) Pneumogástrico/ Vago	Disartria, Disfagia, Perda do reflexo da tosse, Gastroparesia, Arritmias
(XI) Espinhal	Atrofia Muscular
(XII) Grande Hipoglosso	Alterações na mobilidade da língua, podendo sofrer atrofia e disartria

### Referências Bibliográficas:

- Landy – Ekman, L. (2008). Neurociência - Fundamentos para a Reabilitação. (P'ed) Elsevier, 7- 20. ISBN: 978-85-352-2658-4;
- Phipps, W., Sams, J. & Marek, J. (2005) Enfermagem Médica-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica. Lusoociência, 3(5), 1889-1897. ISBN 972-8383-65-7;
- Sley, Stephens & Tate. (2001). Anatomia e Fisiologia. (3ª ed.) Lusodidacta, 462-469. ISBN972- 95610-5-7;
- <http://anaisagaleria.blogspot.com/2010/06/acuidades-de-memoria.html#ixzz4Nz94Vv4>
- <https://pupinest.com/pin/2908555848243308/>



Escola Superior de Educação de Lisboa  
 Rua do Casal do Campo, 100 - 1250-149 Lisboa  
 Telefone: +351 21 391 10 000  
 Email: [geral@esel.edu.pt](mailto:geral@esel.edu.pt)

APÊNDICE V – “PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM, NO DOENTE QUE VIVENCIA UMA  
HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEIA, POR ROTURA DE  
ANEURISMA CEREBRAL”

### **1. Objetivos:**

- Promover um melhor *outcome* do doente, vítima de Hemorragia Subaracnóidea, por rotura de Aneurisma Cerebral;
- Monitorizar parâmetros, com vista à deteção precoce e promoção de uma pressão de perfusão cerebral adequada ao doente;
- Prevenir Lesões Cerebrais Secundárias, que advêm de uma Hemorragia Subaracnóidea, por rotura de Aneurisma Cerebral.

**2. Âmbito:** Uniformizar os cuidados prestados ao doente vítima de Hemorragia Subaracnóidea, por rotura de Aneurisma Cerebral, no pré e pós tratamento definitivo.

### **3. Profissionais abrangidos:**

- Enfermeiros (prestação de cuidados diretos ao doente e seus familiares).

### **4. Pertinência**

A Hemorragia Subaracnóidea (HSA) corresponde entre 4,5% a 13% de todos os AVC's. A HSA <sup>(1)</sup> por rotura de Aneurisma Cerebral (AC) (HSARAC) é um problema de saúde, com uma incidência aproximada de 9 por 100.000 e com uma taxa de mortalidade de cerca de 60 % no prazo de 6 meses. Cerca de 10-15% das pessoas com HSARAC, morrem antes de chegar ao hospital<sup>(1)</sup> e 25% morrem dentro de 24 horas após a hemorragia, com taxas de sobrevivência global estimada em 50% <sup>(2)</sup>.

A HSA<sup>(3)</sup> é um evento com risco de vida, que se apresenta com uma série de sinais e sintomas, a demora no reconhecimento dos mesmos significativamente aumenta a morbidade e mortalidade e portanto, coloca doentes vulneráveis, em risco.

Um AC <sup>(2)</sup> ou intracraniano, resulta de uma bolsa saliente ou dilatação da parede de uma artéria fragilizada, que se desenvolve frequentemente nas bifurcações das artérias, na região do polígono de Willis, na base do cérebro, no espaço subaracnoideu, onde se encontram os grandes vasos cerebrais e portanto, a maioria dos aneurismas intracranianos. A rotura é precipitada por

um evento não traumático, de aumento repentino da pressão arterial (atividade física, período de maior stress, ansiedade, atividade sexual, ou seja, atividades que exijam esforço), manifestando-se mais frequentemente por dor de cabeça aguda e de início súbito, descrita como a “*pior dor já sentida na vida*” (sic). Muitos doentes não apresentam outras queixas mas, as náuseas, os vômitos, rigidez da nuca, confusão mental, alterações visuais, fotofobia, convulsões, diminuição da força num dos segmentos do corpo, agitação psicomotora ou coma, podem surgir associados.

A confirmação do diagnóstico <sup>(6)</sup> advém da avaliação imagiológica e como exame de primeira linha, está a Tomografia Axial Computorizada (TAC), quando o resultado é negativo, mas suspeita de HSARAC, o doente é submetido a uma punção lombar. Posteriormente, é feito uma angio-TAC, angio-RNM (Ressonância Magnética) ou angiografia convencional. Este último, continua a ser considerado o *gold standard*, apesar de mais invasivo, é um exame de diagnóstico que poderá tornar-se também de tratamento.

Os tipos de tratamento <sup>(2)</sup> num doente com rotura de AC são: - o procedimento microcirúrgico (clipagem do aneurisma), ou um procedimento endovascular (embolização do aneurisma).

Tendo em conta que o cuidado deve ser centrado no doente e na família, a equipa multidisciplinar deverá, sempre que possível, explicar e incluir o doente e/ou seus familiares na tomada de decisão, tendo em conta os riscos e benefícios de cada uma das possíveis opções terapêuticas, propondo a que considera mais adequada em cada situação particular. Sendo necessário sempre a obtenção do consentimento por parte dos mesmos, critério da ética profissional e dos direitos humanos<sup>(4)</sup>. No cuidado centrado na pessoa, a tomada de decisão é uma ação partilhada<sup>(5)</sup>.

Com base no Relatório do National Confidential Enquiry<sup>(4)</sup>, existe a necessidade de acesso a cuidados especializados para doentes com HSA, destacando a necessidade de enfermeiros especializados na prestação dos mesmos. A prestação de cuidados a estes doentes<sup>(7)</sup>, requer do enfermeiro, um elemento pro-ativo da equipa multidisciplinar, para identificação de sinais e sintomas e prestação de cuidados de forma holística a estes doentes e seus familiares.

Os enfermeiros de neurociências<sup>(8)</sup>, desempenham um papel crucial na monitorização e gestão da prestação de cuidados ao doente com HSARAC, no

sentido de detetar sinais de alerta, informar o neurocirurgião sobre os mesmos, ou seja, prestar cuidados que promovam a perfusão cerebral adequada e evite a lesão cerebral secundária e conseqüentemente evitar a morte, melhorando os resultados, tendo em conta que estes doentes têm uma infinidade de necessidades biopsicossociais <sup>(9)</sup>.

## **5. Indicações<sup>(4)</sup>:**

- O protocolo destina-se a doentes que apresentem como sinais e sintomas: dor de cabeça aguda e de início súbito, descrita como a “*pior dor já sentida na vida*” (sic), náuseas, vômitos, rigidez da nuca, confusão mental, alterações visuais, fotofobia, convulsões, diminuição da força num dos segmentos do corpo, agitação psicomotora ou coma.
- Após realização de TAC-CE, RNM, Angio-TAC e/ou angiografia, é-lhe detetado uma HSA, com posterior confirmação de rotura de AC.

## **6. Intervenções:**

### **6.1. Pré-tratamento:**

- ✓ Monitorizar o estado neurológico do doente, através da Escala de Comas de Glasgow (GCS), pelo menos 3vezes por turno, e/ou sempre que necessário;
  - ✓ Avaliar tamanho e reação pupilar, pelo menos 3vezes por turno, ou sempre que necessário; (Alertar o médico para qualquer alteração significativa e atuar em conformidade);
  - ✓ Monitorização de Sinais Vitais (PAS/PAD/PAM's, SaO<sub>2</sub>, FR, FC);  
90≥PAS ≤ 160mmHg      90≥PAM≤110mmHg;
- (Administração de medicação segundo prescrição médica: Nimodipina via oral 60mg de 4/4horas, dinitrato de isossorbido (DNI), labetalol);
- ✓ Observação dos valores analíticos, mais especificamente: Hemoglobina e Sódio (135-145);
  - ✓ Interpretar os valores analíticos/hidroeletrolíticos e agir em conformidade;
  - ✓ Observação de electrocardiograma (ECG);
  - ✓ Manter uma oxigenação e ventilação adequadas (vigiando parâmetros ventilatórios (quando existe necessidade, entubar o doente e ventilar) ou débito de oxigénio, para SaO<sub>2</sub> de 98-100%);

- ✓ Evitar períodos de aspiração de secreções por mais de 15 segundos, nos doentes ventilados;
- ✓ Realizar colheita de sangue para gasimetria arterial ( $\text{PaO}_2$ 100% e  $\text{PCO}_2$  35-40);
- ✓ Prevenir o incremento da hipertensão intracraniana (HIC), promover o repouso na maca/leito, colocar a cabeceira a 30°, diminuir os estímulos externos (ruído, luz, visitas), evitar esforços físicos desnecessários (administrar laxantes, de forma a evitar a manobra de valsalva, pró-cinéticos, anti-eméticos e protetor gástrico);
- ✓ Colocar sonda gástrica, quando o doente mantém vômitos constantes, mesmo após administração de medicação;
- ✓ Controlo da Dor, Temperatura (36-37°C) e Glicémia Capilar (120-160mg/dl);
- ✓ Administração de fluidoterapia (2000ml/dia), promover a euvolemia;
- ✓ Controlo de débitos urinários (se necessário algaliar o doente), promovendo um balanço hídrico adequado à situação clínica;
- ✓ Prevenção da trombose-venosa profunda (TVP), com colocação de meias de contenção e sistema de pressão alternada;
- ✓ Explicar os procedimentos ao doente (caso esteja consciente) e ao familiar;
- ✓ Estabelecer uma relação de confiança com o doente e familiares, desmistificando medos e dando resposta a dúvidas;
- ✓ Avaliar o nível de conhecimento e as perceções da família sobre a doença;
- ✓ Compreender o papel de cada elemento na dinâmica familiar;
- ✓ Realizar os respetivos registos.

### 6.2. Pós-tratamento:

- ✓ Monitorizar o estado neurológico do doente, através da GCS, pelo menos 3 vezes por turno, e/ou sempre que necessário;
- ✓ Avaliar tamanho e reação pupilar, pelo menos 3 vezes por turno, ou sempre que necessário; (Alertar o médico para qualquer alteração significativa e atuar em conformidade);
- ✓ Monitorização de Sinais Vitais (PAS/PAD/PAM's,  $\text{SaO}_2$ , FR, FC, PVC);  
 $90 \geq \text{PAS} \leq 180 \text{mmHg}$        $90 \geq \text{PAM} \leq 110 \text{mmHg}$ ;

(Administração de medicação segundo prescrição médica: Nimodipina via oral 60mg de 4/4horas, dinitrato de isossorbido (DNI), labetalol);

- ✓ Observação do traçado cardíaco;
- ✓ Observar os valores analíticos/hidroeletrolíticos ( $\text{Na}^+$  135-145) e agir em conformidade, para prevenir o aparecimento hidrocefalia/edema cerebral, vasospasmo e isquémia cerebral;
- ✓ Manter uma oxigenação e ventilação adequadas (vigiando parâmetros ventilatórios ou débito de oxigênio, para  $\text{SaO}_2$  de 98-100%);
- ✓ Evitar períodos de aspiração de secreções por mais de 15 segundos;
- ✓ Realizar colheita de sangue para gasimetria arterial ( $\text{PaO}_2$ 100% e  $\text{PCO}_2$  35-40), através do cateter arterial (CA), prestar cuidados à mesma, vigiando sinais inflamatórios e compromisso neurocirculatório do membro;
- ✓ Administração de fluidoterapia (2000ml/dia), promovendo a euvolemia, através da avaliação da pressão venosa central (PVC:8-12), aquando da colocação de cateter venoso central (CVC), agir em conformidade, perante os valores, (prestar cuidados ao CVC, vigiando sinais inflamatórios);
- ✓ Prevenir o incremento da HIC, promover o repouso no leito, colocar a cabeceira a  $30^\circ$ , diminuir os estímulos externos (ruído, luz, visitas), evitar esforços físicos desnecessários (administrar laxantes, de forma a evitar a manobra de valsalva, pró-cinéticos, anti-eméticos e protetor gástrico);
- ✓ Se colocação intra-operatória de sensor de PIC (Pressão intra-craniana), para avaliação da pressão intra-craniana, monitorizar valores ( $10 > \text{PIC} < 20 \text{mmHg}$ ) e pressão de perfusão cerebral ( $(\text{PPC}) > 70 \text{mmHg}$ ) e agir em conformidade; (prestar cuidados ao cateter, vigiando sinais inflamatórios);
- ✓ Controlo da Dor (administração de analgesia e medidas não farmacológicas);
- ✓ Controlo da Temperatura ( $36-37^\circ\text{C}$ ) e Glicémia Capilar (120 -160mg/dl), adequar a alimentação do doente, de acordo com o seu estado clínico, mas promovendo um bom padrão nutricional;
- ✓ Controlo de débitos urinários (doente algaliado), promovendo um balanço hídrico adequado (evitar BH negativo), se elevados débitos urinários  $\geq 500 \text{ml}$  em 4H, avaliar gasimetricamente, valor sérico de  $\text{Na}^+$  e

agir em conformidade (administração de desmopressina (DDAVP), de acordo com a prescrição médica e os valores séricos de Na<sup>+</sup>);

- ✓ Prevenção da trombose-venosa profunda (TVP), com colocação de meias de contenção, sistema de pressão alternada, após 72h do tratamento definitivo, administração de heparina de baixo peso molecular, de acordo com a prescrição médica;
- ✓ Observar e colaborar na realização do doppler transcraniano (DTC), realizado diariamente, avaliando o “Índice de Lindegaard”, que consta da divisão da velocidade na artéria cerebral média (ACM), pela artéria carótida interna (ACI) e se o valor for <3, não tem critério de vasospasmo, entre 3-6 vasospasmo moderado e >6, vasospasmo severo. Assim, a interpretação dos parâmetros deste índice, permitem intervenções rápidas e dirigidas à reversão do quadro de vasospasmo, permitindo a promoção de um melhor prognóstico nestes doentes;
- ✓ Avaliar os défices apresentados pelo doente após tratamento definitivo e agir em conformidade, promovendo a melhoria dos mesmos;
- ✓ Explicar os procedimentos ao doente (caso esteja consciente) e ao familiar;
- ✓ Estabelecer uma relação de confiança com o doente e familiares, desmistificando medos e dando resposta a dúvidas;
- ✓ Avaliar o nível de conhecimento e as perceções do doente e família, sobre a doença;
- ✓ Compreender o papel de cada elemento na dinâmica familiar;
- ✓ Realizar os respetivos registos.

### 6.3. Sinais de Alerta para antecipação de cuidados:

#### - Prevenir o incremento da lesão cerebral secundária:

- Re-hemorragia;
- Hidrocefalia/edema Cerebral (Com colocação de drenagem ventricular externa (DVE));
- Vasospasmo cerebral;
- Isquémia Cerebral;
- Complicações associadas: convulsão, desequilíbrios hidro-eletrolíticos, arritmias, edema pulmonar e infeções associadas aos cuidados de saúde.

### Sinais de Alerta:

- Alteração do score neurológico GCS  $\leq 2$  valores pelo menos (em relação à última avaliação);
- Alteração na mobilidade dos membros, com aparecimento de hemiparesia ou plégia;
- Aparecimento de Afasia de Expressão e/ou Compreensão;
- Pupilas anisométricas e não reativas;
- Aparecimento ou piora das náuseas e vômitos;
- Crise Convulsiva;
- Hipo/hipernatrémia;
- Hipo/hiperglicémia;
- Hipertermia;
- Bradidisritmias;
- $90 \leq \text{PAS} \leq 180 \text{mmHg}$        $90 \leq \text{PAM} \leq 110 \text{mmHg}$ ;

### **Referências Bibliográficas:**

1. Steiner, T., Juvela, S., Unterberg, A. Jung, C., Forsting, M. & Rinkel, G. (2012) *European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Haemorrhage*. *Cerebrovascular Diseases*, DOI: 10.1159/000346087, 93-112;
2. Bowles, E. (2014). Cerebral aneurysm and aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Nursing standard/RCN Publishing*, 2(34), 52-59;
3. Lange, F. (2009). Nursing management of subarachnoid haemorrhage: A reflective case study. *British Journal of Neuroscience nursing* 5(10), 463-469;
4. Lamb, Catherine. (2014). Improving subarachnoid haemorrhage care. *Nursing Times*, 110 (46), 22-24;
5. McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5), 472-479;
6. Connolly, E., Rabinstein, A., Carhuapoma, J., Derdeyn, C., Dion, J., Higashida, R., ..., Vespa, P. (2012). Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. 1-39. DOI: 10.1161/STR.0b013e3182587839;
7. Cook, N. (2008). Emergency care of the patient with subarachnoid

- haemorrhage. *British Journal of Nursing*, 17(10), 624-629;
8. AANN. (2009). Care of the Patient with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: *Clinical Practice Guideline Series*. 1-30;
  9. Shah, L. & Christensen, 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;
  10. Yale-new haven Hospital Insulin Infusion Protocol. (2011);
  11. Jereb, S., Asus, N., Blumtritt, M., Kreff, Y., Magnífico, L., Rebagliati, V, Vittal, A. & Yudi, M. (2015). Hiperglucemia en el paciente Neurocrítico. *Diaeta (B.Aires)*, 33(150), 7-11;
  12. Lindegaard, K.F., Nornes, H., Bakke, S.J., et al. (1988) Cerebral vasospasm after subarachnoid haemorrhage investigated by means of transcranial Doppler ultrasound. *Acta Neurochirurgica Supplementum*, 42, 81-4;
  13. Radanovic, M. & Scaff, M. (2001). Uso do doppler transcraniano para monitorização do vasoespasm cerebral secundário à hemorragia subaracnóide. *Rev Ass Med Brasil*, 47(1), 59-64.

<b>Data</b>	<b>Elaboração</b>	<b>Orientação</b>	<b>Data</b>	<b>Aprovação</b>
Jan. 2017	Aluna de MEPSC Enfª Susana Aleluia Sobral	Prof. Cândida Durão		

APÊNDICE VI - “PROTÓCOLO DA INSULINOTERAPIA EM  
PERFUSÃO NO DOENTE NEUROCRÍTICO”



## Protocolo de Controlo Glicémico - Administração de Insulina Atrapid em Perfusão, no doente Neurocrítico

### 2. Objetivos:

- Monitorizar o valor da glicémia do doente neurocrítico, internado na UCIN;
- Promover a manutenção da glicémia para níveis fisiológicos;
- Evitar os efeitos deletérios da hipoglicémia e hiperglicémia;

**2. Âmbito:** Promover a normoglicémia nos doentes neurocríticos, internados na UCIN – Piso 9 do HSM.

### 3. Profissionais abrangidos:

- Médicos (prescrição);
- Enfermeiros (avaliação da glicémia e administração de insulina).

### 4. Pertinência

O doente a vivenciar um processo crítico de doença, internado numa UCI, desenvolve um estado de stress metabólico<sup>(1)</sup>, com consequente resposta inflamatória sistémica acoplada, com complicações de morbilidade infecciosa aumentada, disfunção de múltiplos órgãos, hospitalização prolongada e mortalidade. O estado de *stress* metabólico, leva à ocorrência de estados de hiperglicémia, fator de risco para evolução clínica desfavorável e aumento da mortalidade. Os efeitos deletérios, estão relacionados principalmente com a depressão da função imune e a indução de um estado pró-inflamatório e pró-coagulante.

Um estudo em 2001<sup>(2)</sup>, demonstrou que o controlo rigoroso da glicémia, com a utilização da perfusão venosa contínua de insulina, reduzia significativamente a mortalidade e a incidência de complicações, no doente em estado crítico, tendo sido criado um protocolo de insulino-terapia em perfusão<sup>(3)</sup>, com posterior melhoria<sup>(4)</sup> conforme a sua aplicação e estudos subsequentes.

No doente neurocrítico, com consequente lesão cerebral<sup>(5)</sup>, ocorre um aumento da utilização de glicose, como um mecanismo de compensação, num período curto, consequentemente ocorrem crises convulsivas, hipertensão intracraniana e hipoglicémia, daí que uma redução drástica da glicose no

sangue, por controlos rigorosos, afeta o *outcome* do doente neurocrítico com o aumento da sua mortalidade.

De acordo com as *guidelines* para o doente neurocrítico<sup>(6)</sup>, aconselha-se o tratamento ativo da hiperglicémia, para valores de glicémia superior a 180 mg/dl, com o objetivo de manter os níveis de glicose no plasma entre 140-180 mg/dl e monitorização frequente para evitar a hipoglicémia.

#### **5. Indicações<sup>(4)</sup>:**

- O protocolo não está indicado para doentes com emergências diabéticas (cetoacidose diabética e coma hiperosmolar);
- O presente protocolo destina-se a adultos hiperglicémicos, internados na UCIN, com suporte nutricional entérico ou parentérico. Raro, mas no doente com alimentação oral, (administrar 1 unidade de insulina / 15 gramas de carboidratos consumidos (dose usual 3-6 unidades.) Nesta circunstância não aumentar a taxa de infusão, durante as primeiras 3 horas;
- Se indicação para suspender nutrição entérica ou parentérica abruptamente, reduzir a taxa de perfusão de insulina para 50%;
- Indicado para doentes com previsão de internamento na UCIN, pelo menos 3 dias;
- Está indicado para doentes com mais de duas avaliações de glicémia  $\geq 180$ mg/dl, e não se espera que normalize rapidamente;
- Intervalo de glicémia-alvo deste protocolo: 120- 160mg/dl;

#### **6. Orietações de Execução:**

- Solução de Perfusão de Insulina Atrapid<sup>R</sup> /Diluição: 50 Unid. Insulina/ 50ml NaCl 0,9% - (1 UI/ 1ml NaCl 0,9%);
- Priming: Expurgar todo o sistema e conectar em seringa infusora;
- Bolus e Taxa de perfusão inicial:

Dividir o valor glicémico inicial por 100 e arredondar para 0,5 U mais próxima.

- **Exemplo**: Valor glicémico: (325mg/dl: 100) = 3,25, arredondando para 0,5 mais próximo= 3,5 U, logo, administra-se um bolus de 3,5ml e inicia a perfusão a 3,5ml/h.

- **Monitorização da Glicémia:**

- 1/1h (até 3 valores consecutivos dentro do intervalo alvo) (sangue retirado do cateter arterial);

- Após estabilidade, a avaliação da glicémia passa de 2/2h;

- Se estabilidade mantida (ausência de instabilidade clínica e ausência de alterações no suporte nutricional), nas 12-24h seguintes, a avaliação da glicémia passa de 4/4h.

- Retoma avaliações de 1/1h até nova estabilização se: alterações significativas do estado clínico, início ou interrupção de vasopressores, corticóides, terapia de substituição renal, ou início, interrupção ou modificação do suporte nutricional.

- **Reajustes da Perfusão de insulina:**

- Se Glicémia <50 mg / dL: Suspender perfusão e administrar 2 amp. de Dext. 30% IV; Voltar a verificar a glicémia após 15 minutos até  $\geq 90$  mg / dl.

- ➔ Passado 1h, avaliar glicémia, se  $\geq 140$  mg / dL, esperar 30 min e reiniciar a perfusão de insulina, a 50% referente ao valor do último ritmo;

- Se Glicémia 50-74 mg / dL: Suspender perfusão e administrar 1 amp. de Dext. 30% IV; Voltar a verificar a glicémia após 15 minutos até  $\geq 90$  mg / dl.

- ➔ Passado 1h, avaliar glicémia, se  $\geq 140$  mg / dL, esperar 30 min e reiniciar a perfusão de insulina, a 50% referente ao valor do último ritmo;

- Se Glicémia 75-99 mg / dL: Reavaliar de 15/15 min até a glicémia atingir o permanecer no valor  $\geq 90$  mg / dl.




- ➔ Passado 1h, avaliar glicémia, se  $\geq 140$  mg / dL, esperar 30 min e reiniciar a perfusão de insulina, a 75% referente ao valor do último ritmo.



- Resposta inesperada à perfusão de insulina;
- Situações não contempladas no protocolo.
  
- **Suspende perfusão de insulina:**
  - Se tolerância alimentar na dose alvo, há pelo menos 24h;
  - Níveis de glicemia 120-160mg/dl, em 3 avaliações consecutivas;
  - Após suspensão passa a esquema intermitente com avaliações de 4/4h.

#### **Referências Bibliográficas:**

1. Diener, J., Prazeres, P., Rosa, R., Alberton, U. & Ramos, R. (2006). Avaliação da Efetividade e Segurança do Protocolo de Infusão de Insulina de Yale para o Controle Glicêmico Intensivo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(3), 268 – 275;
2. Van Den Berghe, G., Wouters, P., Weekers, F., Verwaest, C., Bruyninckx, F., Schetz, M., Vlasselaers, D., Ferdinande, P., Lauwers, P. & Bouillon, R. (2001). Intensive insulin therapy in critically ill patients. *The New England Journal of Medicine*. 345(19), 1359 – 1367;
3. Goldberg, P., Siegel, M., Sherwin, R., Halickman, J., Lee, L., Bailey, V., LEE, S., Dziura, J., & Inzucchi, S. (2004). *Implementation of a Safe and Effective Insulin Infusion Protocol in a Medical Intensive Care Unit*. *Diabetes Care*, 27(2), 461-467;
4. Yale-new haven Hospital Insulin Infusion Protocol. (2011);
5. Jereb, S., Asus, N., Blumtritt, M., Kreff, Y., Magnífico, L., Rebagliati, V., Vittal, A. & Yudi, M. (2015). Hiperglicemia en el paciente Neurocrítico. *Diaeta (B.Aires)*, 33(150), 7-11;
6. Steiner, T., Juvela, S., Unterberg, A. Jung, C., Forsting, M. & Rinkel, G. (2013) *European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Haemorrhage*. *Cerebrovascular Diseases*, DOI: 10.1159/000346087, 93-112;
7. UCINeurocríticos – Porto (HSJ). (2015). Protocolo de Controle Glicêmico com Insulina em Perfusão EV.

Data	Elaboração	Orientação	Data	Aprovação
15/12/2016	Aluna de MEPSC Enfª Susana Aleluia Sobral	Prof. Cândida Durão <hr/>  <hr/>		 <hr/>  <hr/>

# Protocolo de Perfusão de Insulina no Doente Neurocrítico



**Padrão Glicémico:**

120–160 mg/dl

**Perfusão de Insulina Rápida "Atrapid<sup>®</sup>":**

Diluição - 50 Unid. Insulina/ 50ml NaCl 0,9%

(1 UI/ 1ml NaCl 0,9%)

## Taxa de Perfusão Inicial:

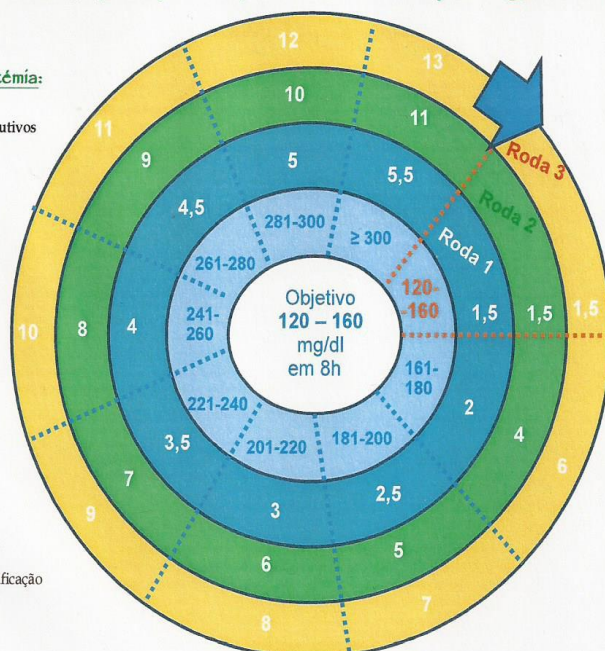
- Dividir o valor glicémico inicial por 100 e arredondar para 0,5 U mais próxima.

- **Exemplo:** Valor glicémico: (325mg/dl : 100) = 3,25, arredondando para 0,5 mais próximo= 3,5 U, administrado bolus de 3,5ml e inicia a perfusão a 3,5ml/h

## Taxa de Alteração da Perfusão em relação à Glicémia Avaliada

### Monitorização da Glicémia:

- 1/1h (até 3 valores consecutivos dentro do intervalo alvo);
- Passa de 2/2h;
- Passa de 4/4h (se não apresentar alterações nas 12 a 24 seguintes);
- Retoma avaliações de 1/1h (se alterações significativas do estado clínico; início ou interrupção de vasopressores, corticóides, terapia de substituição renal, ou início, interrupção ou modificação do suporte nutricional).



### Legenda:

**Roda 1:**  
Doentes com peso < a 70Kg

**Roda 2:**  
Doentes com peso ≥ a 70 Kg

- Se em 3 avaliações consecutivas mantiver valores >160mg/dl e com tendência crescente, passa à roda acima;

- Se em 3 avaliações consecutivas mantiver valores <160mg/dl e com tendência decrescente, passa à roda abaixo.

### Se Hipoglicémia:

#### Se Glicémia <50 mg / dL:

Suspender perfusão e administrar 2 amp. de Dext. 30% IV; Voltar a verificar a glicémia após 15 minutos até ≥ 90 mg / dl.

➔ Passado 1h, avaliar glicémia, se ≥ 140 mg / dL, esperar 30 min e reiniciar a perfusão de insulina, a 50% referente ao valor do último ritmo;

#### Se Glicémia 50-74 mg / dL:

Suspender perfusão e administrar 1 amp. de Dext. 30% IV; Voltar a verificar a glicémia após 15 minutos até ≥ 90 mg / dl.

➔ Passado 1h, avaliar glicémia, se ≥ 140 mg / dL, esperar 30 min e reiniciar a perfusão de insulina, a 50% referente ao valor do último ritmo;

#### Se Glicémia 75-99 mg / dL:

Reavaliar de 15/15 min até a glicémia atingir o permanecer no valor ≥ 90 mg / dl.

➔ Passado 1h, avaliar glicémia, se ≥ 140 mg / dL, esperar 30 min e reiniciar a perfusão de insulina, a 75% referente ao valor do último ritmo.

#### Referências Bibliográficas:

- Goldberg, P., Siegel, M., Sherwin, R., Halckman, J., Lee, L., Falley, V., LEES, J., & Jacurich, S. (2004). Implementation of a Safe and Effective Insulin Infusion Protocol in a Medical Intensive Care Unit. *Diabetes Care*, 27(1), 461-467.
- Yale-new Haven Hospital Insulin Infusion Protocol (2011).
- UCIN - Porto (HSJ). (2015). Protocolo de Controlo Glicémico com Insulina em Perfusão EV.

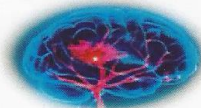


•Elaboração: Aluna de Mestrado em Enfermagem a Pessoa em Situação Crítica: EnF Susana Aleluia Sobral

•Docente: Professora Cândida Durão

APÊNDICE VII – PÓSTER DAS “INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA AO DOENTE VÍTIMA DE  
ROTURA DE ANEURISMA CEREBRAL”

# Intervenções de Enfermagem Especializada ao doente vítima de rotura de Aneurisma Cerebral



O **AVC Hemorrágico**, causado pela rotura espontânea (não traumática) de um vaso sanguíneo cerebral, pode levar a extravasamentos de sangue para o interior do cérebro (hemorragia intraparenquimatosa), para o sistema ventricular (hemorragia intraventricular) e/ou espaço subaracnóideo (**hemorragia subaracnóidea - HSA**).

A HSA pode ser causada por uma rotura de um **Aneurisma Cerebral**, que se define, como uma bolsa saliente ou dilatação da parede de uma artéria fragilizada, que se desenvolve frequentemente nas bifurcações das artérias, na região do polígono de Willis, (base do cérebro), no espaço subaracnóideo.

De todos os AVC's, 4,5% a 13% correspondem a HSA, com uma incidência aproximada de 9 por 100.000/ano e uma taxa de mortalidade de cerca de 60 % no prazo de 6 meses, para as HSA's por rotura de aneurisma cerebral.



Percurso do doente a viver uma HSA, por rotura de Aneurisma Cerebral

## Sinais de Alerta e Antecipação de Cuidados

- Alterações do score neurológico GCS  $\leq 2$  valores;
- Alteração na mobilidade dos membros, com aparecimento de paresia ou plégia;
- Aparecimento de afasia de expressão e/ou compreensão;
- Pupilas anisométricas e não reativas;
- Crises Convulsivas;
- Aparecimento ou agravamento das náuseas e vômitos;
- Hiper/hiponatremia;
- Hipertermia;
- Hiper/hipoglicémia;
- Bradisritmia/Taquidrisritmia;
- $90\text{mmHg} \leq \text{PAS} \leq 160\text{mmHg}$ ;
- $90\text{mmHg} \leq \text{PAM} \leq 110\text{mmHg}$ .

Prevenir a HIC

Promover a PPC

Envolver o doente e família no processo de pré-tratamento

- ✓ Avaliação do Score Neurológico (GCS) e Reação Pupilar (pelo menos 3x/s/ turno);
- ✓ Monitorização de Sinais Vitais (no máximo de hora a hora);
- ✓ Controlo da PA:  $90 \leq \text{PAS} \leq 160\text{mmHg}$   
 $90 \leq \text{PAM} \leq 110\text{mmHg}$ ;
- ✓ Observação dos valores analíticos, mais especificamente (Hb e Na<sup>+</sup>);
- ✓ Observação de ECC;
- ✓ Manter uma oxigenação e ventilação adequadas ( $\text{SaO}_2$  98-100%,  $\text{PaO}_2$  100% e  $\text{PCO}_2$  35-40);
- ✓ Repouso na maca, com cabeceira a 30°;
- ✓ Diminuição dos estímulos externos (ruído, luz e nº de visitas);
- ✓ Controlo da Dor, Temperatura (36°-37°C) e Glicémia Capilar (120-160mg/dl);
- ✓ Administração de fluidoterapia, promover a euvolemia (2000ml/dia);
- ✓ Administração de procinéticos, laxante, anti-emético e protetor gástrico;
- ✓ Controlo de débitos urinários (algalhar o doente, para um controlo mais preciso dos débitos urinários);
- ✓ Prevenção da TVP e TEP (colocação de meias de contenção e sistema de pressão alternada);
- ✓ Explicar os procedimentos ao doente (caso esteja consciente) e familiar;
- ✓ Estabelecer uma relação de confiança com o doente e familiares, desmistificando medos e dando resposta a dúvidas;
- ✓ Compreender o papel de cada elemento, na dinâmica familiar;
- ✓ Realizar os respetivos registos de enfermagem.

Referências Bibliográficas:

- AANN. (2009). Care of the Patient with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: Clinical Practice Guideline Series. 1-30.
- Bowles, E. (2014). Cerebral aneurysm and aneurysmal subarachnoid haemorrhage. Nursing standard / RCN Publishing, 28(4), 52-59.
- Cernelli, E., et al. (2012). Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. 1-39. DOI: 10.1161/STR.0000000000000039.
- Steiner, T. et al. (2013). European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Hemorrhage. Cerebrovascular Diseases, 93-112. DOI: 10.1159/000346087.



• Elaboração: Aluna de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Ena Susana Aleluia Sobral

• Docente: Professora Cândida Darão

APÊNDICE VIII – PÓSTER “ INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE  
ENFERMAGEM, AO DOENTE QUE VIVENCIA UM AVC”

# Intervenção Especializada de Enfermagem ao Doente que vivencia um AVC



Curso Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

S., Marques \*; S., Sobral\*; C., Durão\*\*

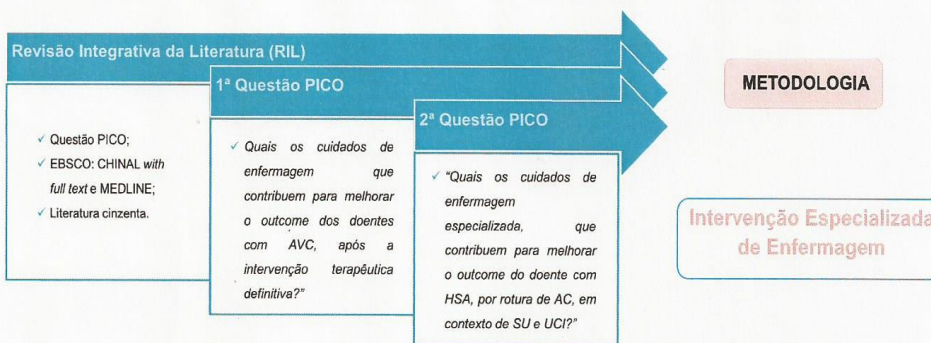
\*Enfermeira, Estudante do CMEPSC da ESEL \*\*Prof. Coordenadora da ESEL



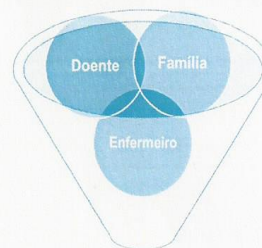
**INTRODUÇÃO:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é causado por perfusão inadequada de uma região do cérebro ou do tronco encefálico, podendo este ser: Isquémico ou Hemorrágico. De acordo com a casuística, 85% ocorrem por enfarte isquémico, sendo causado por uma diminuição do fluxo sanguíneo numa determinada zona cerebral, geralmente secundário à oclusão de uma artéria e 15 a 30% são hemorrágicos, ocorrendo por rotura espontânea (não traumática) de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro, para o sistema ventricular e/ou espaço subaracnoídeo (hemorragia subaracnoídea - HSA). A HSA é provocada habitualmente pela rotura de um Aneurisma Cerebral (AC) ou de uma malformação arteriovenosa (MAV). A prática assente na melhor evidência concorre para os cuidados de excelência com impacto no outcome do doente.

**Palavras-chave:** AVC, Intervenções de Enfermagem, Outcome Neurológico

**OBJETIVO:** Identificar as intervenções de enfermagem comuns que permitem a melhoria do outcome neurológico do doente vítima de AVC.



**CONCLUSÃO:** A intervenção do enfermeiro é fundamental para o despiste de alterações neurológicas do doente que vivencia um AVC, melhorando o outcome (diminuição dos défices), podendo a mesma ser prestada em qualquer tipo de serviço, desde que exista uma vigilância dirigida às necessidades do doente.



Melhoria do outcome neurológico

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Heart Association (2013). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke.

Capriotti, T, Murphy, T. (2016). Ischemic Stroke. *Home Healthcare Now*, p. 259-266.

Connolly, E. et al. (2012). Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. 1-39. DOI: 10.1161/STR.00013a182587839.

Davis, C, Lockhart, L. (2016). Update: Stroke. *Nursing Management*, p. 24-33.

European Stroke Organization (2008). Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack 2008.

Lamb, Catherine. (2014). Improving subarachnoid haemorrhage care. *Nursing Times*, 110 (46), 22-24.

Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem*. Lusociência, 17-186. ISBN: 972-8303-52-4.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros website. Acesso em Maio 6, de 2016 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

Steiner, T. et al (2013) European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Haemorrhage. *Cerebrovascular Diseases*, DOI: 10.1159/000346087, 93-112.

## Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que os(as) Ex.mos(as) Senhores(as):

**Sofia Marques \* Susana Sobral**

Participaram em coautoria com a apresentação de POSTER no tema: **Intervenção especializada de enfermagem ao doente que vivencia um AVC** do **IV Congresso Internacional Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto**, realizado no(s) Cinemas NOS NorteShopping, no(s) dia(s) 20 e 21 de Fevereiro de 2017.

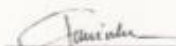
ASCI VERIFICATION CODE  
qsn07y6-vq-EMI-4r57z1



André Marinho



Fernando Rua



Chaves Caminha



José António Pinho

ORGANIZAÇÃO

