

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA EM
SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA:
da sala de emergência aos cuidados intensivos**

Ana Sofia Fernandes Pereira

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.**

**Funchal,
2024**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA EM
SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA:
da sala de emergência aos cuidados intensivos**

Ana Sofia Fernandes Pereira

Orientadora: Professora Doutora Maria Luísa Santos

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.**

**Funchal,
2024**

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupéry (1943)

AGRADECIMENTOS

Todo este percurso não seria possível sem o apoio, colaboração, dedicação, amor das pessoas que me acompanharam durante esta caminhada. Agradeço a todos aqueles que facilitaram o meu processo de crescimento pessoal e profissional, permitindo-me alcançar esta etapa.

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny pela referência e excelência que é no mundo da enfermagem e pelos anos de formação em conhecimentos e valores desde o início da minha caminhada.

À Professora Doutora Maria Luísa Santos pela orientação neste percurso, disponibilidade, preocupação e acompanhamento, agindo como agente motivador.

À Enfermeira Arménia Sobrinho, minha chefe de serviço e toda a minha equipa, pela enorme compreensão durante este trajeto e por impulsionarem a minha aprendizagem.

À Carmo Sousa, Roberto Santos e Paula Meira, enfermeiros orientadores dos meus ensinamentos clínicos, por todas as oportunidades de aprendizagem proporcionadas. Pelos exemplos e referências como profissionais na enfermagem, que contribuíram para o meu crescimento e a dar o melhor de mim todos os dias.

Aos meus amigos, pela amizade e apoio incondicional.

Aos meus pais por nunca me faltarem com nada, por serem os meus maiores apoiantes e por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu já não acreditava. Por todo o amor e apoio estou-vos eternamente grata.

Ao meu avô, que me deixou neste percurso, mas que a sua luz me impulsionou e encorajou a alcançar este sonho.

Ao meu amor, Rúben Rodrigues, companheiro de vida e de percurso que continuemos a partilhar esta caminhada lado a lado. Obrigada pela pessoa que és e tudo o que me ensinas dia após dia.

A todos, o meu sincero e profundo obrigado!

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 5º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, no ano letivo 2021-2022 e a sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tendo pressuposto a análise e reflexão fundamentada das experiências e atividades vivenciadas ao longo dos ensinamentos clínicos, demonstra o percurso para o desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Pessoa em Situação Crítica, assim como as competências de mestre emergentes, com especial enfoque no cuidar da pessoa em situação neurocrítica.

Enfatiza assim os processos de ensino aprendizagem associados ao Ensino Clínico I, que decorreu no Serviço de Urgência Polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça, ao Ensino Clínico II e Estágio com Relatório, Módulo 1, realizados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça, bem como, ao Módulo 2 do Estágio com Relatório - Opção Clínica, ocorrido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar Universitário do Porto.

O processo reflexivo sobre a prática de enfermagem na abordagem da pessoa em situação neurocrítica, insurge-se pela necessidade de criação de linhas de pensamento e sistematização para a profissão com recurso a uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, fundamentada na evidência científica que incorpora as melhores práticas e os referenciais da profissão.

Organizado em três capítulos, enfatiza, no primeiro e segundo capítulos, o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista nos seus quatro domínios de intervenção (Regulamento nº140/2019), competências específicas no cuidar da pessoa em situação crítica (Regulamento nº429/2018) em particular, o cuidado da pessoa, família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência neurocrítica. No terceiro capítulo, o cuidado especializado face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil das pessoas a vivenciar situações de afeção neurocrítica, de um modo sistematizado serve de mote para a demonstração das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas neste percurso formativo.

Palavras-chave: Enfermagem, Pessoa em situação neurocrítica, competências especializadas, enfermagem médico-cirúrgica, mestre.

ABSTRACT

The present report appears within the scope of de 5th master's degree in Medical-Surgical Nursing: Nursing to the Person in Critical Situation, taught at Escola de Enfermagem Superior São José de Cluny, in the academic year 2021-2022 and its elaboration and public discussion aim to obtain the degree of Master's in Medical-Surgical Nursing. Its presupposition is the analysis and grounded reflection of the experiences and activities lived throughout the internships, demonstrating the path for the development and consolidation of common and specific competencies of the Nurse Specialist in Medical-Surgical, in the branch of the Person in Critical Situation, as well as the emerging master competencies, with the special focus on caring for the person in neurocritical situation.

It emphasizes the teaching-learning processes associated with Clinical Teaching I which took place in the Emergency Service of the Hospital Dr. Nélio Mendonça, to the Clinical Teaching II and Internship with Report, Module I, carried out in Intensive Care Unit of the Hospital Dr. Nélio Mendonça and to Module II of the Internship with Report - Clinical Option, occurred in the Intensive Care Unit of Centro Hospitalar Universitário do Porto.

The reflective process on nursing practice in the approach of the person in a neurocritical situation arises from the need to create lines of thought and systematization based on evidence for the profession using a descriptive, analytical, and reflective methodology, based on scientific evidence that incorporates the best practices and references of the profession.

Organized in three chapters, it emphasizes, in the first and second chapters, the development of common competencies of the specialist nurse in its four domains of intervention (Regulation n° 140/2019), specific competencies in caring for the person in critical situation (Regulation n° 429/2018) in particular, care of the person, family experiencing complex processes of critical illness and/or neurocritical failure. In the third chapter, specialized care in view of the complexity of the situation and the need for adequate responses in a timely manner for people experiencing situations of neurocritical affection, in a systematized way, serves as a motto for the demonstrating of the competencies of master's in medical-Surgical Nursing acquired in this formative path.

Keywords: Nursing, Person in a neurocritical situation, specialized competencies, medical-surgical nursing, master.

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
ANI - Analgesia Nociception Index
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BIS – Índice Biespectral
BO – Bloco Operatório
bpm – batimentos por minuto
BPS – Behaviour Pain Scale
CAM-ICU - Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit
CI – Cuidados Intensivos
CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto
CVC – Cateter Venoso Central
DGS – Direção Geral de Saúde
DVE – Derivação Ventricular Externa
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
EE – Enfermeiro Especialista
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEG – Eletroencefalograma
EVN – Escala Visual Numérica
EOT – Entubação Endotraqueal
EPI – Equipamento Individual de Proteção
FC – Frequência Cardíaca
FR – Frequência Respiratória
FSC – Fluxo Sanguíneo Cerebral
GCS – Glasgow Coma Scale
HIC – Hipertensão Intracraniana
HNM – Hospital Dr. Nélío Mendonça
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
IV – Intravenoso
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
KPC – *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*

LA – Linha Arterial
MRMI – Medical Response to Major Incidents
NA – Noradrenalina
NC – Neurocrítico
O2 – Oxigénio
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PaCO2 – Parcial de Dióxido de Carbono
PAI – Pneumonia Associada à Intubação
PAM – Pressão Arterial Média
PaO2 – Pressão Parcial de Oxigénio
PiCCO – Pulse Contour Cardiac Output
PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PIC – Pressão Intracraniana
PNSD – Plano Nacional para a Segurança de Doentes
PPC – Pressão de Perfusão Cerebral
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
PSC – Pessoa em Situação Crítica
PSN – Pessoa em Situação Neurocrítica
RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
SO – Sala de Observação
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio
SU – Serviço de Urgência
TA – Tensão Arterial
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TCE – Traumatismo Cranioencefálico
TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UPP – Úlceras por Pressão

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA: UM PERCURSO RUMO À ESPECIALIZAÇÃO.....	13
1.1. Caracterização dos locais de Ensino Clínico	18
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA: DA SALA DE EMERGÊNCIA À UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	26
2.1. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	30
2.2. Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	46
3. A EDIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	77
3.1. Um olhar distinto sobre o cuidar da pessoa em situação neurocrítica.....	80
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86

INTRODUÇÃO

Enfermagem é a profissão que tem como finalidade prestar cuidados de enfermagem à pessoa, sã ou doente, tal como à sua família, de modo que melhorem e recuperem a saúde, assistindo-as a atingirem a sua máxima capacidade funcional. Já cuidados de enfermagem são todas as intervenções autónomas e interdependentes exercidas pelo enfermeiro mediante as suas qualificações (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº156/2015, artigo 4º). Como profissional de enfermagem na prestação de cuidados, denoto que são cada vez mais as necessidades da pessoa e sua família alvo dos cuidados. Neste sentido, urge a procura de conhecimentos e de competências específicas por parte do enfermeiro, de forma a dar uma resposta mais capaz, eficiente e de qualidade, de encontro a cada necessidade e situação vivenciada pela pessoa e família.

Com o célere avanço científico surge a necessidade de uma intervenção especializada correspondente. A emergência de novas áreas de atuação no exercício profissional autónomo dos enfermeiros, em conformidade com as especificidades dos cuidados requeridos pela população-alvo, daí que surjam as competências comuns e específicas, de modo a colmatar as necessidades da pessoa em situação crítica e sua família.

Nesta linha de pensamento, decidi pela realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Ramo da Pessoa em Situação Crítica, de modo a consolidar conhecimentos e adquirir competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), culminando com o desenvolvimento de Competências de 2º ciclo em Enfermagem, definindo assim um percurso formativo compatível com um desenvolvimento norteado pela excelência do exercício profissional.

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório (Módulo 3). O relatório em contexto do cuidar da pessoa em situação crítica, visa a discussão e obtenção do grau de mestre, sob orientação da professora doutora Luísa Santos, tem como pressuposto a análise e reflexão fundamentada das experiências e atividades vivenciadas ao longo dos estágios I, II e Estágio com Relatório, previstos no plano de estudos do 5º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no ano letivo 2021-2022, demonstrará o percurso para o desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas do EEEMC, na Área da Pessoa em Situação Crítica, assim como as competências de mestre emergentes, com especial enfoque no cuidar da pessoa em situação neurocrítica.

O relatório pretende transmitir o estudo e o desempenho das atividades desenvolvidas, sugerindo propostas para a melhoria das capacidades e competências adquiridas. Mais do que uma descrição de atividades, um relatório deve possibilitar que, após a sua leitura, fiquem bem esclarecidas as tarefas efetuadas, onde foram implementadas, que aprendizagens foram assimiladas e que dificuldades foram encontradas (Jardim, 2015).

A elaboração deste relatório baseou-se em todas as experiências e atividades durante o meu percurso formativo no âmbito da pessoa em situação neurocrítica e tem como pressuposto desenvolver e consolidar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento nº 140/2019) e as Competências Específicas do EEEMC (Regulamento nº 429/2018).

O Regulamento nº140/2019, pressupõe que as competências comuns

são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p. 4745).

O Regulamento nº 429/2018 - Regulamento da Competências Específicas do EEEMC, define

o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação Perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, que visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências (p.19359).

De acordo com Le Boterf (2003), o conceito de competência é retratado como o saber agir eficaz, responsável e reconhecido da pessoa perante uma situação. Deste modo, implica selecionar, mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, informações, procedimentos/técnicas, métodos, recursos, habilidades, tendo em consideração as aprendizagens pessoais, a formação educacional e experiência profissional. Em 2015, o mesmo autor ainda define competência como a capacidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos na formação, habilidades apreendidas e educação e adaptá-los a casos específicos, neste sentido, ao contexto da prática. Esta capacidade de compreensão e interpretação da situação é a que garante maior segurança e qualidade na prestação de cuidados. Já para Benner (2001), a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro é baseada nas experiências vivenciadas, tal como na forma como estas são ensinadas.

Em conformidade com o anteriormente apresentado, o processo de crescimento profissional, aqui retratado, fruto do desenvolvimento das competências adquiridas, usufruiu da análise e reflexão das experiências vivenciadas, neste percurso formativo, e influenciaram

um distinto modo de atuar face ao cuidado da pessoa em situação neurocrítica. A metodologia utilizada será descritiva, analítica e reflexiva, fundamentada na evidência científica que incorpora as melhores práticas e referenciais da profissão.

Este relatório está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo contempla o cuidado especializado à pessoa em situação neurocrítica, através de uma breve contextualização fundamentada, e a caracterização dos locais dos ensinamentos clínicos, enaltecendo o meu percurso rumo à especialização.

No segundo capítulo, as vivências e experiências serão analisadas e refletidas, tendo como referencial as competências comuns e específicas do EEEMC. Este trabalho evidencia o percurso da pessoa em situação neurocrítica desde a sala de emergência até a unidade de cuidados intensivos, traduzindo o meu percurso no serviço de urgência, unidade cuidados intensivos, enfatizando o meu desenvolvimento como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O terceiro capítulo compreende as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, baseada no desenvolvimento pessoal, tomada de decisão e profissional de acordo com a deontologia da profissão na abordagem da pessoa em situação neurocrítica.

Por último, saliento que a formatação, estruturação e referenciação bibliográfica do presente documento teve por base as orientações preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA: UM PERCURSO RUMO À ESPECIALIZAÇÃO

A Pessoa em Situação Neurocrítica (PSN), alvo do meu trabalho, é aquela cujas alterações do sistema nervoso central ameaçam a sua vida. São exemplos a hemorragia cerebral (subaracnoídea, subdural, epidural), acidente vascular cerebral, tumor cerebral, doença neuromuscular, trauma cerebral, estado epilético, entre outros. Esta é cuidada em unidades especializadas, onde existem profissionais com conhecimento específico que prestam cuidados adequados às suas necessidades únicas, que incluem, a lesão cerebral primária bem como as lesões cerebrais secundárias resultantes da mesma. Garantem também, os recursos técnicos para o tratamento e monitorização da PSN, permitindo uma avaliação global do estado neurológico (Neurocritical Care Society, 2017).

Existem em Portugal três unidades de Cuidados Intensivos Neurocríticos: no Centro Hospitalar Universitário de São João, Hospital de Braga e Hospital São José. Estas unidades especializadas garantem um cuidado mais específico com recursos humanos e materiais que permitem monitorizar os fenómenos fisiopatológicos a decorrer e assim identificar as necessidades afetadas, permitindo a tomada de decisão e a instituição de intervenções especializadas, a fim de prevenir complicações neurológicas. Embora o meu estágio de opção tenha decorrido no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), e este não seja um dos hospitais que disponibiliza este tipo de unidades, é, contudo, um dos hospitais de referenciação neurocrítica do eixo norte, uma vez que disponibiliza equipamento para monitorização e exames aos doentes neurocríticos.

De forma a prestar cuidados especializados à pessoa em situação neurocrítica é crucial compreender a sua fisiopatologia.

A lesão neurológica definitiva do tecido cerebral pode ocorrer no momento da lesão primária, no entanto, o risco de lesão neurológica adicional mais comum às diferentes situações neurocríticas é o aparecimento de Hipertensão Intracraniana (HIC). Subentende-se por lesão cerebral primária a que ocorre no momento do trauma e refere-se à lesão do encéfalo, na sua cobertura e estruturas vasculares associadas. Segundo a National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT, 2021), estas lesões incluem: trauma (contusão, concussão e lesão penetrante), isquemia (acidente vascular cerebral e global após paragem cardiorrespiratória), inflamação (meningite), compressão (tumor, hematoma) e metabolismo (encefalopatias e por drogas tóxicas).

A lesão cerebral secundária é definida como a lesão adicional das estruturas afetadas no trauma inicial e pode acontecer horas ou semanas após o início deste. De acordo com Oliveira et al. (2012), caracteriza-se por alterações intracelulares (influxo de cálcio, disfunção mitocondrial, produção de radicais livres de oxigénio e apoptose) e extracelulares (alterações da membrana vascular e acidose extracelular) iniciadas aquando da lesão primária, causadas pelo edema pós-traumático e aumento da Pressão Intracraniana (PIC).

Estes efeitos são de natureza insidiosa e têm um papel significativo na morte e incapacidade. A NAEMT (2021), ainda acrescenta que a lesão secundária também está relacionada com a hipotensão arterial sistémica e a hipoxia.

De acordo com Schizodimos et al. (2020), existe uma relação causal entre a lesão cerebral primária, a Hipertensão Intracraniana (HIC) e a lesão cerebral secundária, daí a importância da monitorização da PIC e o foco na resolução e prevenção da HIC.

O Traumatismo Crânioencefálico (TCE) é definido por uma agressão que causa lesão anatómica e comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo e pode ser considerado ligeiro, moderado ou grave, sendo que 10 a 30% dos traumatismos moderados ou graves terminam em morte (NAEMT, 2021).

De acordo com um estudo epidemiológico realizado por Dewan et al. (2018), o TCE é um problema a nível mundial e estima-se que afete 69 milhões de pessoas anualmente, dos quais 5,48 milhões (73 casos/ 100.000 habitantes) são considerados graves, sendo o tipo de trauma com maior taxa de morte e incapacidade no mundo. Portugal mantém a tendência, de acordo com Coimbra citado por Villanueva e Ruivo (2022), a lesão traumática cerebral é tida como uma das principais causas de morte, incapacidade e diminuição da qualidade de vida na pessoa vítima de trauma. De acordo com Mascarenhas (2020), em Portugal, entre 2011-2014 os casos de lesão cerebral traumática apresentam valores na ordem dos 62-65 casos/100.000 habitantes/ano e uma taxa de mortalidade associada a 9-10 casos/100.000 habitantes/ano.

O TCE pode ser classificado conforme a sua gravidade, através de um exame objetivo do cliente e a anatómica, baseada na localização e tipo de lesão (Oliveira et al., 2012). A gravidade do TCE pode ser definida através da utilização da Glasgow Coma Scale (GCS), aplicada na categorização das alterações neurológicas, sendo que um TCE leve se refere a um score de 14-15; moderado de 9-13 e grave de 3-8 pontos na referida escala (Gentile et al., 2011). No entanto, devido às medidas terapêuticas efetuadas no extra-hospitalar ou mesmo nos Cuidados Intensivos (CI), que envolvem a sedação profunda e bloqueio neuromuscular, esta escala torna-se limitada, devendo-se combinar a avaliação das pupilas.

Quanto à classificação anatômica, existem as lesões focais, sendo estas: a contusão, hematoma epidural, subdural e intraparenquimatoso e as lesões difusas, que são: a lesão axonal difusa, hemorragia subaracnoídea e a hemorragia intraventricular (Oliveira et al., 2012).

Compreender a fisiopatologia intracraniana é fundamental para prevenir, minimizar ou reverter a lesão cerebral secundária. A PIC é considerada a pressão exercida por três componentes, o tecido cerebral (80%), o líquido cefalorraquidiano (10%) e o sangue (10%), contra o crânio, sendo os valores de referência normais inferiores a 15 mmHg (NAEMT, 2021). Segundo a teoria de Monro-Kellie, os três componentes encontram-se em equilíbrio dinâmico. Isto representa que se o volume de um dos componentes aumentar, o volume, de um ou mais, dos restantes componentes deverá diminuir de modo a compensar, ou a PIC aumentará, provocando HIC. De acordo com as *guidelines* da Brain Trauma Foundation (2016), à medida que o efeito massa aumenta, estas medidas compensatórias incluem a deslocação do LCR e do sangue venoso para o espaço espinhal e diminuição do volume de sangue. Estas medidas têm como objetivo valores normais de PIC entre 0-10 mmHg.

As características do cérebro também permitem manter gradientes de pressão conforme o volume intracraniano, são estas a complacência intracraniana (capacidade do crânio tolerar o aumento do volume sem o aumento da PIC) e a elastância ou a distensibilidade da parede dos ventrículos. Quando estas estão intactas o aumento de volume cerebral, de sangue ou LCR não produzem aumento da PIC, no entanto quando a complacência que afeta a elastância estão diminuídas é o suficiente para causar elevação da PIC (Barreto, 2017).

De acordo com Olson et al., citado por Barradas, C. (2018), quando o limite é alcançado, devido à falência dos mecanismos compensatórios ocorre a HIC. Considera-se que existe HIC, quando o valor da PIC é superior a 22 mmHg.

A HIC pode ser subsequente de edema cerebral, isquemia cerebral, obstrução venosa ou efeitos de massa (NAEMT, 2021).

De acordo com Schizodimos et al. (2020), os sinais e sintomas de HIC são cefaleia (usualmente descrita como latejante ou insuportável, que exacerba aquando da tosse ou com o espirro, em repouso ou em esforço pela manhã); náusea ou vômitos (em jato, não alivia com medicação); diplopia (resultante da paralisia do VI par intracraniano); diminuição do nível de consciência (mais relacionado com o efeito do desvio da linha média cerebral do que com um nível específico de elevação da PIC); papiledema (sinal que pode desenvolver-se alguns dias após HIC); midríase (paralisia do III par craniano); tríade de Cushing

(hipertensão arterial, bradicardia e respiração irregular com padrão Cheyne-Stokes), sendo este último um sinal de alerta de herniação.

Segundo Barreto (2017), o aumento da compressão cerebral com incapacidade de controlar a HIC pode gerar a herniação cerebral que conseqüentemente acarreta sequelas neurológicas graves, levando inclusive à morte. De acordo com a mesma autora, a herniação ocorre quando um gradiente de pressão acontece entre duas estruturas intracranianas. Os tipos de herniação mais comuns são a uncal (transtorial), a central (herniação inferior), a cingulada (subfalcina) e a tonsilar (herniação cerebral inferior).

De acordo com Brain Trauma Foundation (2016), a PIC deve ser monitorizada em todos os doentes vítimas de TCE severo (GCS 3-8) e com Tomografia Axial Computorizada (TAC) cranioencefálica alterada, que revelem hematoma, contusão, edema ou herniação e também é indicada em todos os doentes vítimas de TCE severo com uma TAC cranioencefálica normal se dois ou mais dos seguintes sinais foram observados aquando da admissão: idade superior a 40 anos, postura motora unilateral ou bilateral ou se pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg.

Existem quatro tipos de cateteres utilizados na monitorização da PIC, caracterizados de acordo com a colocação anatómica, são estes: epidurais, subdurais, intraparenquimatosos e intraventriculares, sendo que os últimos dois demonstram maior fiabilidade. Um dos grandes objetivos da monitorização da PIC, é que além do sensor de PIC fornecer o valor da PIC, permite também calcular o valor da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC). Tendo em conta que o grande objetivo é evitar a lesão cerebral secundária e manter uma homeostasia cerebral, as últimas *guidelines* emitidas pela Brain Trauma Foundation (2016) preconizam valores de PIC < 22 mmHg e valores de PPC > 60 mmHg.

De acordo com a Neurocritical Care Society, citada por Barreto (2017), devem ser instituídas intervenções para controlo da PIC após esta manter-se acima de 20 mmHg por mais de 5 a 10 minutos, uma vez que aumentos transitórios ocorrem após o posicionamento, aspiração de secreções, dissincroniza com ventilador e a tosse.

A mesma autora refere que na monitorização da PIC um aspeto de relevo é a tradução das ondas da PIC visualizadas no monitor. Estas correspondem ao traçado da pulsação intracraniana observado em tempo real, correspondentes a cada batimento cardíaco. Existem três ondas, a P1, P2 e P3, a primeira corresponde à transmissão e dissipação da onda de pulso para o interior do crânio e é a que apresenta maior amplitude, em condições de normal complacência cerebral. As ondas P2 (tidal wave) e P3 (dicrotic wave) representam a propagação e reverberação das ondas de pulsos e relacionam-se com a elastância cerebral.

Em estados anormais de complacência cerebral observa-se uma superioridade da amplitude da P2 em relação com a P1.

O fluxo sanguíneo cerebral (FSC) é considerado o volume sanguíneo existente na circulação cerebral durante um período (um minuto). O valor normal é de 50-60 mls/100g/min e está relacionado com a PPC e inversamente à resistência vascular cerebral. Isto quer dizer que se a PPC diminuir, a forma de manter a FSC constante é reduzindo também a resistência vascular cerebral através da vasodilatação (NAEMT, 2021).

A Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), é a quantidade de pressão necessária para ocorrer a circulação cerebral e expressa-se através da Pressão Arterial Média (PAM) menos PIC. Ou seja, uma elevação da PIC leva a uma diminuição da PPC. A PPC normal é de 80 mmHg, mas quando esta diminui abaixo de 50-60 mmHg ocorrem sinais de isquemia e atividade elétrica cerebral reduzida. Já se a PPC aumentar acima de 120-140 mmHg surge o edema cerebral (Barreto, 2017).

Pode-se concluir que a PPC adequada é aquela que garante a perfusão e oxigenação cerebral, para isso a PIC deverá ser mantida abaixo de 22 mmHg, tal como os valores de PAM devem ser mantidos normais.

De acordo com Barradas (2018), o cérebro apresenta mecanismos de autorregulação fisiológicos denominados vasoconstrição e vasodilatação. A PPC quando diminui ocorre a vasodilatação por mecanismo compensatório e por outro lado quando aumenta surge a vasoconstrição. No entanto, quando estes mecanismos estão comprometidos no caso do TCE, o cérebro torna-se incapaz de compensar as oscilações da PPC, ficando a FSC dependente da PAM, tal como de alterações metabólicas.

Portanto, se a PAM diminui, o FSC também, ocorrendo isquemia, caso a PAM aumente a FSC também aumentará, surgindo edema cerebral. Uma queda na PAM ou PPC é prejudicial nos clientes com TCE. A Brain Trauma Foundation citada por NAEMT (2021) recomenda a manutenção de PAS acima de 90 mmHg em pessoas com TCE. De acordo com Gentile et al. (2011), a hipotensão arterial deve ser evitada, pois há um maior risco de isquemia. A hipertensão arterial também pode acarretar efeitos lesivos, causando o edema vasogénico com efeitos na elevação da PIC. Está descrito que a hipertensão arterial não deve ser tratada até monitorização da PIC, excetuando quando existe PAM > 120 mmHg, pois a pressão sanguínea sistémica pode estar a manter o FSC.

O metabolismo cerebral diz respeito ao consumo de oxigénio (O₂) e glicose. Em situações que a PaO₂ se encontra diminuída ou abaixo de 50 mmHg (hipóxia) ocorre vasodilatação de forma a aumentar o FSC. A lesão cerebral grave (GCS < 8) exige entubação orotraqueal com ventilação mecânica, de modo que o PaO₂ seja superior a 80 mmHg. Também o dióxido de carbono (CO₂) apresenta um papel fundamental na manutenção do FSC. Uma vez que a vasculatura cerebral é sensível a mudanças no CO₂, se a PaCO₂ estiver elevada ocorre vasodilatação com aumento do FSC e da PIC. Os valores de CO₂ devem ser mantidos entre 35-40 mmHg (Barreto, 2017).

Schizodimos et al. (2020), também defende que valores de PEEP elevados devem ser evitados pois existe o risco de aumento da PIC e redução da PPC, através do aumento da pressão intratorácica e diminuição da drenagem venosa cerebral da veia cava superior

A hiperglicemia (>200 mg/dl), no TCE está associada a maiores complicações neurológicas secundárias e aumento da mortalidade, causando também o aumento da PIC. (Gentile et al., 2011).

A pessoa acometida a lesão neurológica, particularmente vítima de TCE, acarreta uma grande instabilidade devido à fisiopatologia do trauma e pela dinâmica cerebral do risco de HIC, sendo o papel do EE instituir intervenções de enfermagem específicas que previnam estas situações e a lesão cerebral secundária.

1.1. Caraterização dos locais de Ensino Clínico

De acordo com a Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-cirúrgica (2017) da Ordem dos Enfermeiros (OE), o saber profissional de enfermagem é um saber de ação, não se constitui somente da execução, mas da capacidade de adaptar a intervenção à situação específica, utilizando os conhecimentos. Deste modo, é benéfico para o enfermeiro a oportunidade de se deparar com o maior número possível de situações em diferentes contextos. Os ensinamentos clínicos foram os momentos ao longo do curso em que pude aplicar os conhecimentos teóricos e aprofundar outros. Através das experiências vividas nestes, pude refletir sobre a minha prática, desenvolver a aquisição de competências especializadas e garantir uma prestação de cuidados especializados de excelência.

O plano de estudos pressupõe a realização de três ensinamentos clínicos em unidades diferenciadas no contexto da pessoa em situação crítica. Assim sendo, segue-se uma breve caracterização das três unidades onde realizei os meus ensinamentos clínicos.

O Ensino Clínico I – Serviço de Urgência com 257 horas de tempo total correspondente a 9,5 ECTS, realizou-se no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM). Classificado como serviço de urgência geral, tem por missão assistir todos as pessoas que a ele recorram, garantindo a prestação de cuidados médicos e de enfermagem individualizados em contexto de urgência/emergência em todas as fases do seu ciclo vital, com respeito, dignidade e segurança.

Neste contexto o SU rege-se por um regulamento próprio e garante: prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes segundo o Protocolo de Triage de Prioridades de Manchester; prestação de cuidados de enfermagem de qualidade baseados no processo de enfermagem segundo o Modelo teórico de Nancy Roper; uma equipa de profissionais afeta e qualificada; um ambiente promotor da melhoria contínua; sistemas de auditoria que garantem a monitorização e a avaliação contínua dos cuidados médicos e de enfermagem; articulação com as normas do Health Quality Service e desenvolvimento de políticas e aplicação de procedimentos e protocolos; ambiente promotor à formação de todos os profissionais e promoção de um sistema de gestão do serviço, multidisciplinar e participativo, que responsabiliza cada membro da equipa.

O SU está situado no andar técnico do HNM e faz parte da sua direção um médico e um EEEMC. Este serviço funciona durante 24 horas todos os dias do ano e é dinamizado por uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos; enfermeiros; assistente social; técnicos de diagnóstico e terapêutica; administrativos sediados no SU e assistentes operacionais. No que diz respeito à equipa de enfermagem, atualmente, existem 110 enfermeiros, sendo que destes, 18 são EEEMC, oito EE de saúde mental, cinco EE de saúde comunitária e um EE de reabilitação. Em cada equipa de enfermagem é nomeado um chefe de equipa, que tem como objetivo manter o funcionamento do SU com unidade e eficiência, dirigindo toda a sua atividade com salvaguarda, em relação a todos os profissionais das suas competências técnicas legalmente consignadas.

De acordo com Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, 2011), presente no Regulamento do Manual do Serviço de urgência, este encontra-se dividido por áreas de saúde médicas, cirúrgicas e ortopédicas e pelas áreas de ginecologia e obstetrícia no quarto andar do hospital. No que diz respeito às instalações, é constituído por um hall dedicado à transferência entre macas e acolhimento de doentes, isto é, identificação e recolha de informações com relevância clínica. É neste espaço que dá lugar o posto de triagem, onde é realizada a Triage de Prioridades de Manchester para a determinação da prioridade da urgência baseada na informação clínica fornecida/observada e avaliada pelo

enfermeiro. Esta triagem determina o tempo de espera, sendo depois a pessoa encaminhada para o gabinete de observação ou a intitulada “box” destinada à avaliação clínica médica do doente. Posteriormente, a pessoa é dirigida para a Sala de Tratamento, destinada a uma permanência de curta duração, local onde são realizados procedimentos como a colheita de produtos biológicos para análise, entre outros tratamentos que não requeiram cuidados especiais, e em que não seja necessária uma vigilância e monitorização apertadas.

Após receberem cuidados na sala de tratamentos, as pessoas são encaminhadas para diversas áreas do SU, dependendo do seu estado clínico e necessidade de cuidados. São estas, a sala de recuperação, sala de ortopedia, sala aberta, sala de pequena cirurgia, o anexo, sala de observação, sala de cuidados especiais e a sala de Cuidados Especiais da Urgência. A sala de recuperação destina-se a doentes que necessitem de vigilância ou tratamento de duração média, doentes com alterações da consciência ou que aguardem internamento. À sala de ortopedia são encaminhadas todas as pessoas que necessitem de observação e execução de técnicas “menor” específicas desta área. Na sala de pequena cirurgia são executados atos cirúrgicos “menor”, onde existem duas macas e numa sala contígua permanecem as pessoas que aguardem internamento e/ou intervenção cirúrgica com espaço para quatro macas. Na sala aberta permanecem doentes que aguardam observação por médicos especialistas de prevenção, resultados de exames complementares, e transporte, desde que a situação clínica seja compatível com o ambiente circundante. A Sala de Observações (SO) com capacidade para quatro camas, destina-se a doentes para os quais o esclarecimento da situação clínica ou recuperação sejam previsíveis num tempo inferior a 24 horas, ao fim do qual deverão ter alta ou ser internados nos serviços indicados, e ainda os que necessitam de transfusão de hemoderivados e intervenções cirúrgicas de urgência. Faz parte do SO o Isolamento (uma cama), destinado a doentes com patologia infecciosa ou imunodeprimidos. Para a sala de cuidados especiais são encaminhados os doentes que requerem vigilância intensiva e/ou meios e terapêuticas especiais, como a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e tem capacidade para duas camas.

Na sala de emergência são admitidos todos os doentes em emergência, acionada por um alarme contínuo, pois esta sala é de caráter prioritário. Aquando da ativação do alarme devem acorrer à sala um médico internista (emergência médica) /cirurgião geral (trauma), um intensivista e três enfermeiros com postos previamente definidos. O posto A-coordenação da equipa de enfermagem (EEEMC), estabelece prioridades, fica à cabeça do doente, responsável pela respiração/ventilação do doente, colabora na Entubação Orotraquel (EOT), coloca sonda nasogástrica e acompanha o doente aos exames complementares de

diagnóstico ou delega essa intervenção. Este é a voz de comando nas transferências e mobilizações, assegura os registos de enfermagem e reposição da sala. O Posto B- Responsável pela monitorização do doente, introdução de cateter venoso periférico, colher sangue e outros produtos biológicos para análise, na higiene corporal, algaliação, imobilizações de fraturas e pesquisa de lesões. Caso o doente tiver idade pediátrica, este posto é ocupado pelo enfermeiro do SU pediátrico. O Posto C- colabora em todos os procedimentos do posto B, prepara medicação necessária, além da recolha de informações pertinentes acerca do doente, prestar informações à família e realização do espólio do doente.

No âmbito da pandemia por COVID-19, surgiram novas áreas no SU, são estas a pré-triagem, triagem avançada, anexo e cuidados especiais da urgência. Na pré-triagem é realizado o inquérito epidemiológico para fatores de risco de infeção a COVID-19, quando são suspeitos as pessoas são encaminhadas para a triagem avançada, que dá resposta 24 horas por dia a pessoas com afeções respiratórias, sendo que tem disponível todas as especialidades. O anexo é a área onde permanecem as pessoas que aguardam internamento, que não necessitem de cuidados especiais e que aguardam resultado de teste COVID-19. Para os cuidados especiais da urgência, com capacidade para seis camas, em articulação com o serviço de medicina intensiva, destina-se a doentes que se encontram em SO e que apresentem resultado teste COVID- 19 negativo, que aguardem internamento, mas que necessitam de cuidados, vigilância e monitorização contínua.

De acordo com dados estatísticos em 2021 recorreram 100.646 pessoas ao SU, não sendo possível aferir os níveis de prioridade. Em 2020 tinham recorrido 81.167. Destas 309 pessoas eram emergentes, 11674 muito urgente, 40764 urgente, 21047 pouco urgente e não urgente, 1179. Já em 2019, registaram-se 112.798 episódios de urgência, destes 13,8% foram considerados emergentes, 53,8% urgentes, 28,7% como pouco ou não urgentes, segundo a TPM (SESARAM, 2021).

Pode-se verificar uma diminuição do número de pessoas que recorreram ao SU em 2020, muito devido à pandemia vivenciada, no entanto houve novamente um aumento do número em 2021.

Tendo em conta a experiência vivenciada neste estágio e estes dados estatísticos é de referir ainda a elevada percentagem de triagens pouco ou não urgentes que recorrem ao SU, sendo este ainda um problema que os profissionais de saúde se debatem e a sociedade se devia debater. Muitos destes casos, poderiam ser solucionados a nível da rede de Cuidados de Saúde Primários da área de residência, sem necessidade de aumentar ainda mais a sobrelotação vivenciada neste SU. O elevado número de pessoas conduz a uma menor

qualidade de cuidados prestados, além do flagelo de macas e aglomerados de pessoas em salas de espera, corredores e passagens para outros serviços, que condicionam o espaço físico e condições de trabalho. Sendo esta uma problemática que merece tempo de debate e carece de implementação ainda de mais medidas para a redução de admissões não urgentes nos serviços de urgência polivalente.

O Ensino Clínico II, correspondente a 5,5 ECTS e a 149 horas de tempo total, desenrolou-se na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Este serviço tem como missão melhorar a saúde e o bem-estar dos clientes em estado crítico através da prestação de cuidados de saúde de qualidade, na promoção e participação na investigação clínica aplicada e da formação na área (SESARAM, n.d.b). Este serviço é ainda responsável pela emergência interna hospitalar, sendo a equipa constituída por um enfermeiro e um médico.

A UCIP do HNM criado a quatro de dezembro de 1984, atualmente tem uma capacidade para 23 camas dividida em três setores. No andar técnico a Unidade principal da UCIP com oito camas; a unidade adjacente ao SU, nos Cuidados Especiais da Urgência com sete camas e a Unidade de Intensivos Polivalentes COVID com oito camas.

No que diz respeito aos recursos humanos, dispõe de 70 enfermeiros dos quais 19 são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, quatro especialistas em enfermagem de reabilitação, um em enfermagem de saúde mental e um em enfermagem de saúde comunitária, que asseguram cuidados nas 24 horas. A restante equipa é constituída por dez médicos com subespecialidade em Medicina Intensiva, com dois médicos em regime de presença física permanente e 11 Assistentes Operacionais.

A UCIP do HNM presta cuidados ao doente crítico de nível III, cumprindo assim, com o preconizado no Regulamento nº 533/2014, fornecendo cuidados aos doentes críticos de maior gravidade e complexidade, incluindo a VMI, traqueotomias, monitorização hemodinâmica invasiva avançada, técnicas de suporte hemodinâmico, técnicas de substituição renal contínua, tratamento com Extra Corporeal Membrane Oxygenation e neuromonitorização invasiva. Implica a presença física 24 horas de assistência médica por intensivista e no mínimo um enfermeiro qualificado por cada duas camas. Por ser polivalente, significa que assegura cuidados integrais aos clientes das diversas especialidades pelos quais é responsável, usufruindo dos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica.

São admitidos doentes com necessidades de intervenções de suporte vital com uma maior probabilidade de recuperação e que aceitem medidas de ressuscitação

cardiopulmonar; sob VMI ou patologias ameaçadoras de vida complexas, incluindo a sépsis, sendo que o desmame ventilatório não deve ser executado em enfermaria; e todos os doentes críticos internados em enfermaria ou serviço de urgência devem ser transferidos para um local com nível de cuidados mais alto como a UCI.

Quanto aos critérios para a alta é apropriado ter alta para uma área com menor nível de cuidados quando o estado fisiológico do doente estabiliza e não há necessidade de monitorização e tratamento em CI, sendo que os critérios de alta são baseados nos de admissão, na disponibilidade institucional e prognóstico do doente. A alta deve ser evitada “fora de horas” e quando o doente tem alto risco de mortalidade ou readmissão devem ser transferidos para uma unidade de “step-down” ou para um local de cuidados agudos de longo prazo e não para uma enfermaria comum.

As UCI são unidades especializadas de alto grau de especificidade com uma recente história, mas uma grande evolução, sendo que a sua expansão leva cada vez mais à admissão de doentes mais graves e com múltipla falência orgânica e comorbilidades. A UCIP do HNM apresenta-se como uma unidade sofisticada com equipamentos de suporte vital e monitorização de ponta, usa protocolos produzidos localmente que permitem uniformizar respostas e intervenções complexas, no entanto têm por sua desvantagem a limitação do campo de ação do enfermeiro e por vezes podem transmitir uma sensação de falsa autonomia. A unidade também usa scores de gravidades e sistemas de estratificação da carga de trabalho para a distribuição de doentes baseada na carga de trabalho inerente à terapêutica instituída a cada doente. É uma unidade intensiva fora de portas, de forma a encurtar o tempo de apresentação da doença crítica e a monitorização/tratamento intensivo através das equipas de emergência interna e a presença de o intensivista na admissão hospitalar de doentes críticos na sala de emergência e vias verdes. Nesta unidade são usadas medidas de prevenção de infeção com a sensibilização e implementação das precauções básicas no controlo de infeção e infeção cruzada no sentido de limitar e prevenir o desenvolvimento de infeções hospitalares. As visitas têm menos restrições, reconhecendo assim os benefícios do contacto e comunicação com a família e amigos e permitindo o envolvimento do doente e família no processo de tomada de decisão.

O Estágio com Relatório, representa 22 ECTS, nomeadamente o módulo 1 com 108 horas de tempo total foi realizado na UCIP do HNM e o módulo 2 (opção clínica) com 486 horas de tempo total decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do CHUP. A UCIP do CHUP criada em 1993, é a Unidade 2 do Serviço de Cuidados Intensivos, integrado no Departamento de Anestesiologia Cuidados Intensivos e Emergência. Possui a sua

intervenção assistencial distribuída por quatro áreas: o Serviço de Internamento no segundo piso do Edifício Luís de Carvalho com capacidade para 12 camas, destas quatro são isolamentos com pressão negativa e com possibilidade de realização da técnica de substituição da função renal, usando a técnica Sustained Low-Efficiency Dialysis; a sala de emergência que se encontra no espaço do serviço de urgência, mas é da responsabilidade da UCIP, onde sempre que é acionado o sinal sonoro inerente à ativação da sala de emergência, recorrem um enfermeiro e um médico destacadas no turno para essa função, que abordam a vítima em colaboração com um enfermeiro do serviço de urgência; a emergência interna assegurada por um enfermeiro e médico da UCIP destacados em caso de emergência a todo o recinto hospitalar; a consulta de follow-up realizada por um enfermeiro e um médico da UCIP aos seis meses após o internamento em cuidados intensivos.

A UCIP presta cuidados ao doente crítico de nível III para adultos com capacidade para 12 camas, recebe anualmente mais de 400 doentes (foro médico, cirúrgico e traumático). Todos os internamentos compreendem situações emergentes quer provenientes do Serviço de Urgência/Emergência, quer das enfermarias ou transferências de outros hospitais.

A Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar é acionada por um sistema centralizado, através de chamada telefónica. Tem como objetivo a consultoria e apoio em caso de doença grave ou agravada a doentes internados no Hospital Santo António, para os quais seja solicitado apoio. É assegurada por uma equipa de Suporte Avançado de Vida (SAV) constituída por um médico e um enfermeiro com doentes atribuídos na unidade destacada para este posto.

A consulta de follow-up destinada a avaliar e encaminhar os doentes que tenham estado internados no serviço. Esta consulta de pós-internamento da UCIP convoca para a consulta todos os doentes internados que tiveram alta hospitalar seis meses após. O objetivo é caracterizar o estado de saúde dos doentes e identificar problemas que possam ainda merecer intervenção, avaliando os resultados do internamento em cuidados intensivos do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

A Sala de Emergência, localizada no SU, é a porta aberta desta unidade ao exterior. A sua atividade é garantida nas 24 horas, todos os dias do ano, sob a responsabilidade do médico sénior da UCIP e do enfermeiro da UCIP destacado para a função (além de experiência deve deter o Curso de Suporte Imediato de Vida ou Avançado, Curso de Trauma e Curso de Sepsis) e um enfermeiro do Serviço de Urgência. Na sala de emergência são admitidos todos os doentes em situação de emergência, sendo soado um alarme aquando da

sua ocorrência no SU e na UCIP, pois esta sala é de caráter prioritário. Os doentes devem permanecer o tempo necessário às manobras de emergência/urgência até à sua estabilização, e daí devem ser transferidos para outros setores quer do SU, UCIP, Unidade de Cuidados Intermédios, Bloco Operatório (BO) ou internamento. A sala tem capacidade para dois doentes, com duas unidades bem estipuladas. Em cada unidade havia um tabuleiro de intubação com todo o material necessário, um tabuleiro da circulação com todo material de punção, colheita, monitorização, glicemia, duas máquinas e duas seringas infusoras montadas, um monitor e um ventilador. Além dos vários armários com material e prateleiras, a área dos sujos e o carro de emergência. Quanto aos registos, eram executados informaticamente e em papel numa folha criada pelo serviço, de rápido e fácil preenchimento.

No que diz respeito aos recursos humanos, dispõe de 53 enfermeiros dos quais 16 são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, seis especialistas em enfermagem de reabilitação, um em enfermagem de saúde materna e obstétrica, um em enfermagem de saúde mental e um em enfermagem de saúde comunitária, que asseguram cuidados nas 24 horas. Quanto ao processo de melhoria contínua e formativo da unidade, além dos incentivos à formação, facultados pela chefia e do plano existente para formação intra- equipa, existe a formação externa, onde elementos da UCI dão formação ao restante hospital, sendo formadores de Suporte Básico de Vida (SBV), Sépsis, Trauma, Suporte Imediato de Vida (SIV) e SAV.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA: DA SALA DE EMERGÊNCIA À UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Enfermagem é definida pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), publicado no Decreto-Lei nº156/2015, como:

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (p.99).

O presente regulamento declara uma evolução na enfermagem, ao nível da formação de base, à complexidade e dignificação do exercício profissional, sendo imperativo o valor do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica da saúde, bem como, no que diz respeito à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

De acordo com Nunes (2016), o REPE é um instrumento jurídico que permitiu regulamentar o exercício profissional da enfermagem no quadro jurídico da saúde. Especifica as competências e responsabilidades, num quadro de autonomia da profissão, caracterizando a mesma perante as equipas de saúde e a população.

A autonomia da profissão é essencial no desempenho dos cuidados de enfermagem, sendo o principal atributo de uma profissão que se autorregula, autodirige e autogoverna, assegurando à população, uma profissão que se desenvolve de forma competente, direcionada aos melhores interesses, necessidades e centrada na qualidade dos cuidados.

De acordo com o REPE, os cuidados de enfermagem são definidos como intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro segundo as suas qualificações profissionais. As intervenções autónomas são única e exclusiva responsabilidade do enfermeiro, já as intervenções interdependentes são prescritas por outro profissional ou protocolos definidos. No entanto, é de notar que em ambas as intervenções o enfermeiro ajuíza a sua realização e toma uma decisão baseada nos seus conhecimentos científicos, técnicos, da sua experiência e das suas competências. Pode-se concluir então que o enfermeiro realiza sempre intervenções autónomas, uma vez que rege a sua intervenção, decide e assume as suas decisões e atos (Nunes, 2016).

O exercício de enfermagem baseia-se no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado no Decreto-Lei nº104/98, republicado e alterado pelo Anexo II da Lei nº156/2015. O estatuto da Ordem dos Enfermeiros contempla o Código Deontológico dos Enfermeiros, que foca os deveres profissionais, tendo como princípio os direitos da população a qual se dirigem os cuidados de enfermagem, tal como as responsabilidades que a profissão assumiu. Assim sendo, a profissão de enfermagem passou a ser responsável pela regulamentação do seu exercício profissional, dos seus aspetos deontológicos e disciplinares. Desde então, foram elaborados inúmeros documentos que procuram apoiar a Enfermagem, como ciência, com responsabilidade e a qualidade que é reconhecida. São estes documentos como o Regulamento nº 361/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, o Regulamento nº 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento nº 429/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Deste modo, a Ordem dos Enfermeiros (2015), descreve no artigo 88º da excelência do exercício que o enfermeiro assume o dever: “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. O dever da atualização é um direito do cliente a serem prestados cuidados de qualidade, de acordo com os mais recentes saberes e *guidelines*. A formação contínua permite a reflexão sobre a prática e a subsequente aplicação dos saberes, que constituem dois pontos estruturantes no desenvolvimento de competências.

O enfermeiro especialista, segundo o Regulamento nº140/2019 é descrito como o enfermeiro com reconhecimento das competências científica, técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem especializados, reconhecidos pela Ordem.

Sendo que o enfermeiro especialista é o reconhecimento de uma série de competências, como se pode definir competência?

O conceito de competência é considerado um saber agir responsável, eficaz e reconhecido por uma pessoa numa situação, num contexto profissional. Para isso é necessário mobilizar, selecionar, integrar e transferir conhecimentos, informações,

predisposições, técnicas, métodos, recursos, habilidades, tendo em conta as aprendizagens pessoais, a formação e a experiência profissional (Le Boterf, 2003).

De acordo com Martins (2017), o desenvolvimento de competências é complexo, pois requer o desenvolvimento de intervenções técnicas, mas também que este seja acompanhada do conhecimento e na capacidade de recolher, analisar informação e dados e de tomar decisões.

Segundo Benner (2001), a aquisição de competências do enfermeiro é baseada nas experiências vivenciadas e na forma como são ensinadas. O modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus & Dreyfus adaptado à enfermagem por Patrícia Benner descreve as características e comportamentos dos diferentes níveis de desenvolvimento de competências, identificando as necessidades de ensino/aprendizagem dos enfermeiros no que diz respeito a cada nível do desenvolvimento.

A mesma autora refere que o enfermeiro passa por cinco níveis de aquisição de competências, são estes: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. O nível **iniciado** corresponde ao estudante de enfermagem, ao profissional recém-formado ou o profissional que mudou de serviço e é confrontado com um tipo de trabalho que não tem experiência alguma. Nesta etapa ocorre dificuldade em mobilizar os conhecimentos para a prática e adaptar às situações. Devem seguir regras e normas, sendo necessário orientação de outros enfermeiros; o **iniciado avançado** é aquele enfermeiro que já experienciou várias situações reais e idênticas e consegue reconhecer os aspetos significativos numa situação idêntica; o nível **competente** trabalha pelo menos à dois ou três anos no mesmo serviço e apercebe-se dos seus atos como objetivos e dos planos a longo prazo. Este plano dita quais os aspetos importantes em relação a outros, assim estabelece uma perspetiva, baseando-se numa análise consciente, abstrata e analítica do problema. A planificação nesta etapa ajuda a ganhar eficiência e organização; o **proficiente** é aquele profissional que toma consciência da globalidade da situação e não isoladamente, sendo as suas ações guiadas por máximas. Perante uma situação têm mais facilidade na tomada de decisão, uma vez que é capaz de identificar e filtrar os aspetos significativos; o **perito** é o enfermeiro que não se apoia num princípio analítico, como a regra, indicação ou a máxima, para a passar o estado de compreensão da situação ao ato. A ação é baseada numa experiência sólida e refletida, sendo capaz de mobilizar, integrar e transferir o saber direcionado a cada situação. São fáceis de reconhecer pois dão opiniões clínicas, gerem situações complexas e são reconhecidas pelos pares pelas suas capacidades de julgamento e competências.

Para Benner (2001), os níveis mencionados distinguem-se entre si em três domínios. O domínio da passagem de confiança baseada em princípios abstratos até ao uso de saberes provenientes da experiência vivida. O domínio da percepção e interpretação da situação por parte do profissional, quando se apercebe da situação como um todo e destacando o que é importante na mesma. O terceiro domínio diz respeito à compreensão da realidade, onde o profissional utiliza um pensamento intuitivo na interpretação da situação e age baseado na compreensão global da mesma.

O desenvolvimento de competências resulta de um crescimento pessoal e profissional, onde o enfermeiro age conforme a um vasto de conhecimento e capacidades, tais como, a tomada de decisão, avaliando e analisando cada situação, por vezes em circunstâncias não previsíveis, garantindo a excelência dos cuidados, sendo esta a sua meta.

Deste modo, estando a desenvolver as minhas competências pessoais e profissionais desde 2018 como enfermeira generalista, no serviço de medicina interna do Hospital Particular da Madeira, após algumas experiências profissionais e formativas, considero-me num nível proficiente. Sou capaz de agir perante uma situação, avaliando-a na sua globalidade de responder de forma competente. Senti necessidade de aprofundar e desenvolver os meus conhecimentos científicos e práticos, procurando fundamentar os meus cuidados, de modo a estar preparada para atuar nas mais diversas situações e contextos diferenciados, prestando cuidados especializados com objetivo na excelência dos mesmos. Senti também necessidade de sair da minha zona de conforto, de evoluir e a decisão de ingressar no mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica surgiu como a resposta à necessidade de desenvolver competências quer a nível pessoal como profissional.

As competências para a excelência da prática dos cuidados surgem com a perícia profissional, com o conhecimento competente, o autoconhecimento, não apenas na aplicação do conhecimento, sendo este um caminho de desenvolvimento pessoal e profissional. A experiência num determinado contexto e o domínio teórico dessa área de atuação são indissociáveis.

Ao longo do curso de mestrado, particularmente, no estágio de opção, orientei a minha área de interesse para o estudo da pessoa em situação neurocrítica, vítima de TCE. Além desta ser uma área de interesse pessoal, é uma área que gostava de enveredar, por isso, todo o aprofundar de conhecimentos teórico-científicos ganharam sentido quando aplicados na prática ao longo dos estágios deste curso.

O enfermeiro especialista é considerado o profissional que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo como atenção as respostas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, revelando elevados índices de tomada de decisão e pensamentos/julgamentos clínicos, traduzidos num conjunto de competências especializadas (Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-cirúrgica, 2017).

Independentemente da área de especialidade, o enfermeiro especialista partilha de um conjunto de competências, denominadas de competências comuns. De acordo com o Regulamento nº140/2019, as competências específicas, referem-se às “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p. 4745). De acordo com o mesmo regulamento a competência específica desdobra-se em unidades de Competência que correspondem ao segmento maior da competência, representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo. Essas unidades de competência englobam os critérios de avaliação permitindo compreender a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

Tendo em conta o supracitado, iniciarei a análise crítico-reflexiva das situações experienciadas no meu percurso de aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica ao longo dos ensinamentos clínicos.

2.1. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento nº140/2019, as competências especializadas caracterizam-se pelo aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais, denominadas de competências comuns pois são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas. O perfil de competências comuns tem como finalidade providenciar um enquadramento regulador para a certificação de competências e enunciar à população o que esperar dos cuidados de enfermagem especializados. A certificação destas competências especializadas declara que o enfermeiro especialista é provido de um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades, que mobiliza mediante as necessidades de

saúde da população alvo, atuando em todos os contextos de vida das pessoas e nos vários níveis de prevenção.

Das competências comuns do enfermeiro especialista fazem parte os domínios das competências, caracterizados como “esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (p. 4745). São estes domínios de competência: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Uma vez que o código deontológico de enfermagem é um documento que fundamenta o agir profissional, assume-se que os princípios éticos e deontológicos constituem o cerne do cuidar em enfermagem. No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** o enfermeiro deve cumprir com a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, a sua deontologia profissional, assumindo valores e princípios, que incluem a dignidade, igualdade, altruísmo, liberdade, solidariedade, verdade e justiça. Deve conhecer a pessoa como um ser social com comportamentos baseados em valores, crenças e nos desejos da natureza individual, sendo esta um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (OE, 2001).

O enfermeiro deve conduzir a sua prática tendo como o alvo a pessoa, respeitando os seus valores, costumes, crenças e cultura, garantindo a escolha livre e esclarecida, através do consentimento informado. Respeitar a privacidade, assegurando a sua dignidade e deve deter a responsabilidade do encaminhamento e acompanhamento da pessoa significativa ao longo do processo de transição. Como tal, cabe ao enfermeiro conhecer e estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa, através de uma postura empática, no sentido de colocar-se na posição do outro, aquele que se encontra numa situação de vulnerabilidade, num ambiente desconhecido e assim agir como facilitador do processo de doença, diminuindo sentimentos como a sensação de incapacidade e tristeza.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015) no documento Deontologia Profissional de Enfermagem, os quatro princípios da ética biomédica de Beauchamp e Childress, que sustentam os cuidados de saúde dizem respeito ao princípio da beneficência, não-maleficência, justiça e a autonomia. Referem ainda, que Kemp e Rendtorf em 1998 acrescentaram um outro princípio, o da vulnerabilidade. O princípio da beneficência representa o dever de praticar o bem, de ajudar o outro a obter o seu benefício. Alguns autores defendem que o princípio de não fazer mal, ou não causar dano é mais imperativo e mais obrigatório do que o promover o bem, sendo este o princípio da não-maleficência. O

princípio do respeito pela autonomia confere a liberdade da escolha, sendo a pessoa capaz de se auto governar, de decidir por si mesma. De forma que a escolha deve preceder a informação esclarecida, devem ser respeitadas as decisões livres. Neste princípio está associado o respeito pela pessoa, a proteção da sua privacidade da sua intimidade, o consentimento informado, tal como a aceitação e recusa de tratamento. O princípio da justiça faz referência à equidade dos cuidados, sendo assim, situações idênticas devem ser tratadas de forma igual, e situações diferentes de forma diferente, de acordo com as suas diferenças.

Segundo o mesmo autor, o princípio da vulnerabilidade remete à solidariedade e equidade dos prestadores de cuidados, embora esta se apresente de modo temporário ou definitivo, são apontados como grupos vulneráveis, as crianças, os idosos, as pessoas com deficiência e as que se encontram inconscientes. Perante o envelhecimento da população, o aparecimento de doenças crónicas incapacitantes, os desequilíbrios psicológicos, familiares ou socioeconómicos, é dever do enfermeiro fomentar a longevidade com qualidade de vida e incentivar a autonomia.

O consentimento informado, livre e esclarecido foi algo que sempre norteou a minha prática. Procuro antes de cada procedimento informar em que consiste, de forma simples e compreensível, respeitando o desejo e decisão da pessoa. No entanto, em situações de urgência e emergência este consentimento pode não ser possível de acontecer, estando muitas vezes a pessoa inconsciente ou incapaz de compreender e responder. Nestas situações o consentimento está implícito, sendo presumido. Segundo o artigo 156º do código penal o consentimento presumido ocorre em duas situações, quando a obtenção do consentimento implica o adiamento que ocorre em perigo de vida ou quando tiver sido dado consentimento para certo tratamento, tendo-se realizado outro por este se ter relevado, perante o estado dos acontecimentos como meio para evitar um perigo para a vida. De acordo com a Norma nº 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (DGS) há então o consentimento presumido quando os acontecimentos permitem supor que a pessoa consentiria se conhecesse as circunstâncias do ato, em casos que a mesma carece da capacidade de consentir ou está inconsciente, havendo risco de vida. Assim permanece o dever de agir perante o princípio da beneficência.

De acordo com a Lei nº 156/2015 no artigo 103º dos direitos à vida e à qualidade de vida, o enfermeiro no respeito do direito da pessoa à vida deve “atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias”. Deste modo, torna-se claro utilizar todas as ferramentas de modo a manter as funções vitais, assegurando procedimentos invasivos essenciais na abordagem e estabilização da pessoa em situação crítica, num estado em que esta não pode expor o seu consentimento. O enfermeiro

especialista é o profissional mais bem posicionado para decidir e assim garantir a segurança e beneficência da pessoa em estado crítico. Não obstante, deve haver empenho para conhecer a vontade da pessoa, e limitar as intervenções às necessárias para assegurar o benefício imediato, sem prejuízo para a saúde.

A segurança, privacidade e dignidade da pessoa destinatária dos cuidados é uma das responsabilidades do enfermeiro especialista. Ao longo da minha prática tinha em atenção a privacidade, bem-estar e conforto através do uso de biombos/cortinas em ambiente de UCI e no SU, cobrir o doente com lençol ao nível do tórax, abdómen e região pélvica/genitais aquando da realização de exames complementares de diagnóstico, visitas médicas e familiares e no transporte intra-hospitalar. Ainda a ter em conta, era o tom e altura da voz em que se realizavam os diálogos no sentido da confidencialidade.

Nesta linha de pensamento, o enfermeiro detém o dever do sigilo, visto ser um profissional que tem acesso a informações sobre as condições de saúde, segundo o código deontológico no artigo 106º, só deve “partilhar informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, segurança física, emocional e social do indivíduo e família”. Garanti a proteção dos dados e confidencialidade das informações relativas à pessoa, desde a sua situação clínica, diagnóstico, procedimentos realizados, tratamento, partilhando-as somente com os profissionais envolvidos nos cuidados e com o familiar de referência como ocorria muitas vezes no SU e na UCI, através do contacto telefónico por familiares, tendo de garantir com quem estava a falar, antes de fornecer quaisquer esclarecimentos.

A deontologia refere o dever de informação no artigo 105º, ao indivíduo e família no que concerne aos cuidados de saúde, embora no contexto da pessoa em situação crítica esta se encontre sedada, não sendo possível obter resposta quando a informação era providenciada, eram prestadas informações à pessoa significativa ou de referência. A presença dos familiares e a sua colaboração na prestação de cuidados é benéfica para a pessoa cuidada diretamente e para os seus cuidadores, pois estes sentem-se prestáveis, tendo um impacto positivo no restabelecimento da saúde e recuperação.

O direito ao acompanhante definido na Lei nº15/2014, artigo 12º e 13º, é reconhecido a todos no SU e a familiares de crianças internadas, pessoas com deficiência, pessoas com dependência e doença incurável em estado avançado e final de vida. Nos casos que a situação clínica não permita a sua escolha, o serviço deve promover o direito ao acompanhante, através da solicitação de um comprovativo do grau de parentesco ou relação. Na UCIP os horários de visita tanto no HNM como no CHUP eram no período da tarde,

havendo flexibilidade por parte dos profissionais, em certos casos em ajustar e prolongar as mesmas. De acordo com Oliveira (2012) o papel do enfermeiro no acolhimento e visita nas UCI prende-se com prepará-los para o que vão encontrar, o estado geral do seu familiar e explicar de que forma as visitas podem proceder. É importante dar-lhes uma ideia do que vão encontrar e explicar para que servem muitos dos materiais e máquinas que rodeiam o seu familiar, como os monitores, alarmes, sondas, a necessidade do ventilador, entre outros. Ao fornecer algumas destas ideias sobre o equipamento e seu funcionamento, o contexto de cuidados intensivos é desmistificado, reduzindo o medo que o familiar pode sentir. Foram diversas as oportunidades que tive de prestar esclarecimentos, transmitir informações e apoiar os familiares aquando das visitas. Adaptei e usei estratégias comunicativas de forma a tranquilizar e demonstrei disponibilidade para qualquer dúvida que pudessem ter e encaminhei para a equipa médica quando solicitado, ou a informação transcendesse a minha prática.

O meu percurso como estudante de mestrado permitiu-me desenvolver capacidades na tomada de decisão, fulcrais ao enfermeiro especialista. As tomadas de decisão foram norteadas por princípios éticos, como a beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia, valores e direitos como os preconizados na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e tendo como referência a responsabilidades de acordo com a minha deontologia profissional e o REPE.

No **domínio da melhoria contínua da qualidade**, o conceito de qualidade em saúde é algo que tem evoluído ao longo do tempo, não existindo ainda uma definição universalmente aceite, embora haja um entendimento comumente partilhado de conceitos básicos perante várias instituições internacionais e nacionais de saúde como a Organização Mundial de Saúde (OMS), DGS, Ministério da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros (OE).

Em 2003, Donabedian definia qualidade em saúde como a obtenção dos maiores benefícios, através dos menores riscos para o cliente. Benefícios que se caracterizam em função do alcançável tendo como pressuposto os recursos disponíveis e os valores sociais. À altura definia considerando vários atributos, como: a eficácia, eficiência, efetividade, acessibilidade, otimização, equidade e legitimidade.

A OMS em 2018 refere-se à qualidade em saúde como cuidados que devem ser eficazes, seguros, centrados na pessoa, oportunos, equitativos, integrados e eficientes. Cuidados eficazes baseados na evidência a todos aqueles que necessitam; seguros no sentido de evitar prejudicar as pessoas destinatárias dos cuidados; centrados na pessoa, de modo a corresponderem às suas necessidades, preferências e valores. Na obtenção da qualidade os

serviços de saúde devem ser oportunos, através da redução dos tempos de espera, evitando demoras prejudiciais à saúde; equitativos, garantindo a prestação de cuidados que não oscilem a qualidade em virtude da idade, género, raça, sexo, etnia, localização geográfica, estatuto socioeconómico, religião, questões linguísticas ou política; integrados, garantindo que sejam coordenados e disponibilizados toda uma gama de serviços de saúde ao longo do ciclo vital e que sejam eficientes, otimizando o benefício de recursos disponíveis, evitando-se o desperdício.

O Ministério da Saúde elaborou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde que tem como missão maximizar e reconhecer a qualidade e a segurança na prestação dos cuidados de saúde, de modo a garantir os direitos da população na relação com o sistema de saúde. As suas prioridades na estratégia de 2015-2020 a constar no Despacho nº5613/2015, visavam a melhoria da qualidade clínica e organizacional com enfoque nas intervenções locais, o aumento da adesão às normas e orientações, o reforço na segurança dos doentes, o reforço da investigação clínica, a monitorização permanente da qualidade e segurança, a divulgação de dados de desempenho, o reconhecimento da qualidade nas unidades de saúde e a informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

A segurança dos doentes é vista ao longo dos tempos como o componente dos esforços para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde. Sendo que os cuidados seguros são encarados como um barómetro do sucesso do sistema para melhorar a qualidade em saúde. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 do Despacho nº 9390/2021 tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados e assenta em cinco pilares com várias estratégias, que incluem: a cultura de segurança, que tem como objetivo a formação e avaliação dos profissionais de saúde na segurança do doente e sensibilização do doente, família e cuidador da temática; a liderança e governança, com a finalidade de envolver os órgãos da gestão e liderança das instituições; a comunicação, visando otimizar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados e adequação da comunicação da informação clínica ao doente e família; a prevenção e gestão de incidente de segurança do doente, no sentido de aumentar a notificação de incidentes de segurança do doente; as práticas seguras em ambientes seguros, com objetivo de implementar e consolidar práticas seguras como a ocorrência de quedas, segurança cirúrgica, ocorrência de úlceras por pressão, identificação de doentes, segurança da medicação, redução das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), das resistências aos antimicrobianos e monitorização da implementação destas práticas seguras.

O enfermeiro especialista segundo o Regulamento nº140/2019 garante um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias institucionais na área da governação clínica, desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico e seguro.

Deste modo, um dos meus objetivos no âmbito da qualidade em saúde foi conhecer as estratégias dos diferentes serviços, tal como os sistemas de acreditação, como a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), usada no HNM, que vai de encontro aos padrões para a melhoria contínua da qualidade que a DGS pretende desenvolver em Portugal. O CHUP é acreditado pelo Caspe Health Knowledge Systems (CHKS) desde 2005, entidade inglesa dedicada à acreditação.

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica intervém em situações onde a pessoa está muitas das vezes em perigo de vida, sendo que a sua tomada de decisão deve ser baseada na prática de cuidados seguros e sustentada por conhecimentos e habilidades especializadas.

Na UCIP do HNM e do CHUP pude constatar diversos aspetos referentes à qualidade e segurança dos cuidados. Entre os quais: a existência de planos formativos; existência de elos ou interlocutores dos diferentes projetos da instituição como o controlo da infeção, da dor e das consultas de *follow up*; a definição das funções e responsabilidade de cada elemento de equipa; a utilização de escalas como a escala de Morse, de Braden para úlcera de pressão, da sedação, da dor; a existência de procedimentos e protocolos no que diz respeito a procedimentos técnicos, controlo de infeção e de sistemas/equipamentos tecnológicos adaptados às necessidades.

Em todos os serviços por onde passei existiam protocolos. Estes têm como intuito orientar para uma prestação de cuidados uniformizados, para uma tomada de decisão fundamentada, uma vez que são elaborados à luz da mais recente evidência científica. Os protocolos de atuação permitem uma prestação de cuidados mais segura, o que leva a uma maior segurança para o doente, indicador da qualidade de cuidados em saúde (Sales et al., 2018). Nomeadamente na UCIP, os protocolos representam um papel fundamental para a prática segura e de qualidade. Relembro alguns dos protocolos que nortearam a minha prática: “Administração de Noradrenalina”, “Administração de Insulina”, “Administração de Nutrição Entérica”, “Administração de Potássio Sérico”, “Administração Sangue e derivados”, “Administração Vancomicina em perfusão”, “Heparinização”, “Monitorização de PIC”, “Monitorização da Pressão Arterial Invasiva”, “Procedimento CVC”, “Procedimento Drenagem Torácica”, “Hipotermia após Paragem Cardiorrespiratória

(PCR)”, “Posicionamento em decúbito ventral”, “Acolhimento da família”, “Transporte intra-hospitalar” e protocolo da prevenção da pneumonia associada à intubação.

De acordo com o Parecer nº119/2018 da OE a preparação e administração de medicamentos é competência dos enfermeiros e deve ser executada com segurança. Deve ter como base uma prescrição médica; a informação de eventuais alterações das prescrições e garantir os procedimentos de segurança na administração. O erro de medicação, segundo o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2014) é definido como um ato prevenível que pode acarretar com dano ao doente ou que resulte a uma utilização inapropriada dos medicamentos, estando muitas vezes relacionado com a prática profissional, procedimentos, falhas de prescrição, comunicação, rotulagem, denominação, preparação, administração, monitorização e utilização. De modo a evitar o erro durante a minha prática procurei sempre administrar o medicamento à pessoa certa e o medicamento certo, através da confirmação da prescrição e identificação; administrar à hora certa, dose certa e via certa; conhecer os efeitos adversos da administração da medicação e o prazo de validade da mesma.

Observei nos diferentes campos de estágio a existência de um alerta informático referente à medicação LASA, ou seja, “Look alike, Sound alike”, que traduz em medicamentos com o nome ortográfico, fonético e aspeto semelhantes, que podem ser confundidos e acarretar com troca medicamentosa. São usados métodos como o “tallman” em que se destacam em maiúsculas as sílabas diferentes de medicamentos com nome semelhante, ou à separação física destes medicamentos quando armazenados.

No que concerne à identificação segura do doente, esta é uma prática essencial, uma vez é mandatório que sejam prestados os cuidados corretos ao doente correto. No âmbito da Pessoa em Situação Crítica (PSC), que muitas das vezes se encontra inconsciente ou sedada, esta verificação deve ser executada através da colocação e verificação da pulseira de identificação, onde consta o nome completo, data de nascimento e número do processo da pessoa.

Um dos objetivos do PNSD, mencionado anteriormente, remete para a prevenção de ocorrência das úlceras por pressão (UPP). De acordo com Vidal (2020) a PSC está mais vulnerável e representa um maior risco de ocorrência de UPP, devido a fatores como o défice nutricional, mobilidade diminuída, alterações da consciência e perceção por efeito de medicação sedativa, lesão neurológica, hipoalbuminémia e a presença de dispositivos médicos como o tubo endotraqueal, cateter vesical, sonda oro/nasogástrica, cateter venoso central, cateter arterial, cânula nasal, máscara de oxigénio ou de Ventilação Não Invasiva

(VNI). Como tal há necessidade de avaliar o risco de ocorrência das UPP através do preenchimento de escalas, exemplo da Escala de Braden, e sequente adoção de medidas de forma a minimizar esta ocorrência como a redução da pressão exercida sobre a pele ou redistribuí-la, melhorar a nutrição, promover a mobilidade dos doentes, assegurar que os dispositivos médicos são os mais adequados ao doente, fixação do dispositivo médico, almofadar a pele, manter a pele limpa, hidratada, utilização de equipamento para prevenção da UPP, como o colchão de pressão alterna, a cama articulada e assegurar a continuidade de cuidados entre profissionais. Tanto na UCIP como no SU procurei adotar medidas que fossem de encontro à prevenção das UPP, como o reposicionamento frequente do doente, de 2/2h, o preenchimento da escala de Braden na UCIP, a limpeza e hidratação da pele, o alívio e hidratação da pele com óleo de amêndoas doces na pressão exercida pela máscara de VNI, a colocação de compressas nos elásticos das máscaras de oxigénio, a fixação da tubuladura do cateter vesical com adesivo, a fixação controlada do fio de nastro do tubo orotraqueal, uma vez que pode causar lesões labiais e auriculares, entre outros.

Durante a minha prática clínica garanti uma comunicação eficaz no sentido de permitir a segurança na transição dos cuidados. Segundo a Norma nº 001/2017 da DGS a transição de cuidados deve ocorrer através de uma comunicação eficaz na transferência de informação entre profissionais de saúde, particularmente em todos os momentos vulneráveis/críticos, para a segurança do doente, utilizando a técnica ISBAR. Esta mnemónica funciona como um auxiliar, no sentido de ajudar a construir uma transmissão verbal e escrita completa, precisa, oportuna e sem ambiguidade. O “I” refere-se à identificação (identificação e localização dos profissionais de saúde), o “S” à situação atual (descrição do motivo atual para a necessidade de cuidados de saúde), o “B” aos antecedentes (antecedentes pessoais, alergias, descrição de factos clínicos como diretivas antecipadas de vontade), o “A” à avaliação (informações sobre o estado atual do doente, regime terapêutico instituído, tal como estratégias de tratamento e alterações do estado de saúde significativas), o “R” às recomendações (descrição do plano terapêutico adequado à situação do doente).

A evidência dita que os erros em comunicação são uma das principais causas de eventos adversos na saúde. Até 70% destes eventos acontecem devido a falhas na comunicação entre profissionais de saúde em momentos de transição de cuidados do doente. Os erros mais comuns na comunicação prendem-se com as omissões de informação, erros de informação, falta de precisão e de priorização de atividades. No cuidado à pessoa em situação crítica são vários os momentos de transição de cuidados, sendo exemplos os momentos da passagem de turno, transferência de serviço e até transferência para realização

de exames complementares de diagnóstico. Neste sentido e tendo em conta a complexidade do doente crítico a comunicação eficaz é imperativa e requer conhecimento, competência e empatia, requisitos esses que continuo a desenvolver durante a minha prática no curso e prática diária, de forma a contribuir para a transição e continuidade de cuidados de saúde seguros.

A passagem de turno, para Castro (2019) e o Conselho Jurisdicional da OE representa um momento entre a equipa de enfermagem que tem como finalidade assegurar a continuidade de cuidados, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A passagem de turno no SU foi aquela que para mim representou o maior desafio, dado a grande afluência, imprevisibilidade e instabilidade características deste serviço, todavia, utilizei como estratégias a técnica ISBAR, de modo a tornar o momento da transição de cuidados mais eficiente, procurei sempre que possível fazê-lo junto ao doente, diminuindo o risco de omissão de informação, fornecendo uma maior consciência da situação do doente e por fim tive em atenção o ruído e interrupções, fatores distratores que pudessem inviabilizar a clareza da informação transmitida. Já na UCIP a passagem de turno era realizada em dois momentos, junto ao doente e outra junto da equipa de enfermagem, sendo este um momento de partilha de conhecimentos e de reflexão sobre a prática. Procurei durante as práticas clínicas preparar-me para este momento, comunicando de forma eficaz e transmitindo a responsabilidade e importância da transição de cuidados para a segurança do doente e consequente melhoria contínua dos cuidados prestados.

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é considerado um indicador fundamental na avaliação dos cuidados de saúde. A DGS (2017), define IACS como uma infecção adquirida pelo utente resultante dos cuidados de saúde prestados, que também pode afetar o profissional de saúde durante a prestação de cuidados. Estas e o aumento da Resistência aos Antimicrobianos são problemas de importância crescente a nível mundial, com efeitos na morbidade e mortalidade dos doentes, no tempo de internamento e nos custos em saúde.

Deste modo, em 1999 foi instituído o Programa Nacional de Controlo de Infecção com objetivo de instituir medidas que fossem de encontro à prevenção das IACS. Em 2004 determinou-se a criação de Comissões de Controlo de Infecção nas unidades públicas de prestação de cuidados de saúde, tal como os cuidados continuados e primários, assim como o setor privado. Em 2008 foi aprovado o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, que visava o uso controlado dos antimicrobianos e a redução da transmissão cruzada de microrganismos. Posto isto, é legítimo considerar o controlo de

infecção e a prevenção das resistências aos antimicrobianos, os dois aspetos de fundamental importância nesta problemática. Sendo assim, em 2013 procedeu-se à fusão destes dois programas, criando o conhecido Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), de forma a potenciar os resultados e ganhos em saúde (SESARAM, 2019). O PPCIRA tem como objetivos gerais a redução das IACS e a taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos, sendo que para a sua validação realizam uma vigilância contínua da infeção hospitalar, do consumo de antibióticos e da incidência de microrganismos multirresistentes, sendo estes os objetivos específicos. Para a concretização destes objetivos o programa tem como suporte de ação três pilares: a implementação das Precauções Básicas para o Controlo da Infeção (PBCI), a monitorização do consumo dos antimicrobianos e a vigilância epidemiológica, possibilitando a monitorização das boas práticas e para efeitos de estatística e prevalências das IACS.

De acordo com a DGS (2017), em Portugal, os últimos dados emanados indicam uma prevalência de IACS de 7,8%, representando uma redução em comparação ao ano de 2012 em 10,6%, sendo esta diferença percentual passível de ser atribuída à PPCIRA.

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 um dos objetivos é a redução de IACS e as Resistência aos Antimicrobianos, tendo como metas que 95% das unidades hospitalares apresentem vigilância epidemiológica das IACS e Resistência aos Antimicrobianos; 95% implementem o Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica; a redução em 30% da incidência da infeção urinária associada ao cateter vesical, da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter vascular central, da pneumonia associada à ventilação e da infeção do local cirúrgico; a redução de 10% da taxa de *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC); a redução de pelo menos 10% o consumo de antibióticos em ambulatório e a adesão de 95% das unidades de saúde ao primeiro momento da higienização das mãos.

De modo a garantir a prevenção da infeção, procurei assegurar cuidados de qualidade, gerindo os recursos existentes, cumprindo sempre com as Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI). Tendo em atenção a colocação dos doentes na admissão, a higienização das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, a prática segura na preparação e administração de injetáveis.

Posso concluir que garanti a melhoria contínua dos cuidados, preconizando a segurança do doente, através da transição dos cuidados em tempo útil e efetiva, na prevenção de incidentes e na prevenção de infeção. Colaborei na gestão de projetos relativos à

qualidade de cuidados nos serviços. Por conseguinte, é-me possível aferir que norteiei a minha prática neste mestrado de acordo com as competências do enfermeiro especialista, prestando cuidados especializados de qualidade.

No **domínio da gestão dos cuidados** é o Enfermeiro Especialista que realiza a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, supervisionado de modo a garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Este também, adequa os recursos às necessidades dos cuidados (OE, 2019).

O enfermeiro que gere os cuidados deve ser o motor de desenvolvimento da sua equipa, na construção de ambientes favoráveis à prática clínica e qualidade dos cuidados prestados, na gestão de pessoas, na segurança dos cuidados, adequando os recursos, a formação, o risco clínico, as relações profissionais, conflitos, entre outros (OE, 2015).

Nesta linha de pensamento, durante os ensinamentos clínicos procurei acompanhar o papel do EE na gestão dos cuidados, desenvolvendo competências nesta área. No estágio de opção na UCIP do CHUP, sob a tutoria de uma EEEMC que muitas vezes desempenhava o papel de enfermeira chefe de equipa na UCIP, fui orientada para aspetos fundamentais na gestão de cuidados, como a gestão de recursos materiais quer humanos, ainda para a necessidade da intervenção do EE junto da equipa multiprofissional e de enfermagem, intervindo na tomada de decisão e na orientação e supervisão de tarefas. Tive oportunidade de colaborar na reposição dos stocks de materiais e medicação da unidade e da sala de emergência que pertence à UCIP. Também faz parte da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa testar a operacionalidade do desfibrilhador na unidade e sala de emergência e organização da mesma. Quanto ao sistema de carga de trabalho na UCIP do CHUP, não existia nenhum, sendo competência do enfermeiro chefe alocar o profissional ao posto para o qual possui mais diferenciação de competências e experiência como era o caso do elemento da emergência interna e do elemento destacado para a sala de emergência, que preferencialmente era um Enfermeiro Especialista que possuía curso de SAV. Além da distribuição dos profissionais, era o chefe de equipa que geria os recursos humanos, distribuindo os doentes aquando de novas admissões, definindo horas para as refeições. Era também, quem supervisionava a prestação de cuidados, inserindo momentos de reflexão sobre determinada situação clínica mais complexa.

Na UCIP do HNM existe um sistema de classificação de doentes denominado Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS), que é preenchido por chefe de equipa no turno da noite, medindo assim a gravidade e carga de trabalho de enfermagem em UCI, de forma a atribuir o doente a cada elemento da equipa consoante a carga de trabalho e

horária necessária à prestação de cuidados da PSC. Este sistema de classificação, quantifica as intervenções necessárias ao doente e o tempo necessário à realização das mesmas por parte do enfermeiro, sendo que quanto maior a gravidade do doente, maior serão as intervenções e consequentes cuidados de enfermagem. São 28 os itens que a constituem e são referentes a atividades de vida diária, intervenções técnicas específicas, suporte ventilatório, neurológico, renal, cardiovascular e metabólico (Simões, 2020).

O mesmo autor refere que a TISS-28 apresenta lacunas, pois intervenções relacionadas com o cuidado indireto à PSC, tais como o suporte à família e tarefas organizacionais não são consideradas.

Macedo et al., em 2021 concluíram num estudo descritivo-correlacional que a Nursing Activities Score (NAS) surge como um instrumento de confiança, objetivo e válido na avaliação da carga de trabalho do enfermeiro nos cuidados intensivos em Portugal. Este instrumento é válido em grande parte dos países europeus e visto como o herdeiro do TISS-28, para a mensuração dos cuidados de enfermagem diretos e indiretos. Tem como adição à lista de intervenções terapêuticas do TISS-28, cinco novos itens, entre os quais, controlo e monitorização, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamentos, apoio e cuidados aos familiares e doentes e atividades administrativas e de gestão, perfazendo no total 23 itens de avaliação.

Na UCIP do HNM a atribuição dos doentes tem como pressuposto o método do enfermeiro responsável, sendo atribuído uma PSC a um enfermeiro da equipa que fica responsável pela mesma, desde a sua admissão até ao momento da alta. Este realiza o plano de cuidados, de forma a planear e implementar cuidados de enfermagem. O plano de cuidados tem como garantia a continuidade dos cuidados, noutros turnos, por outros enfermeiros associados aos doentes.

Habitualmente, um doente com uma classificação segundo o TISS-28 num nível III ou IV, indicativo de instabilidade hemodinâmica com necessidade de monitorização, vigilância e cuidados contínuos, ficam atribuídos a um enfermeiro, de preferência um EEEMC. Caso se encontre no nível I ou II com estabilidade hemodinâmica, são atribuídos dois doentes por enfermeiro.

Neste serviço o chefe de equipa ainda tem a responsabilidade da contagem dos estupefacientes e seu registo, testa o desfibrilhador portátil tal como todo o material presente no carro de emergência e de confirmar e registar a temperatura adequada do frigorífico para acondicionamento da medicação.

O Regulamento nº 743/2019 constata que em UCI a equipa de enfermagem deve ser composta por 50% de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica à Pessoa Situação Crítica, num rácio enfermeiro/doente correspondente ao cálculo da carga de trabalho realizado através de instrumentos cientificamente aceites.

No SU do HNM nas áreas onde o EEEMC presta cuidados, ou seja, no SO e cuidados especiais, o método de trabalhado é o individual, que consiste na atribuição de um número de doentes alocados a uma área do SU, assegurando todos os cuidados a realizar e suas necessidades enquanto ele se mantém nessa área durante o turno, fomentando a personalização e individualização dos cuidados. De acordo com Marquis e Houston, citado por Verde (2013), este método privilegia a relação enfermeiro-cliente, uma maior satisfação dos clientes e promoção da responsabilidade para o enfermeiro. No entanto, este método requer mais recursos humanos e competências por parte do enfermeiro. Já na sala de emergência existe o método de equipa, onde os cuidados são prestados ao doente por uma equipa, cada um dos mesmos com funções estipuladas e liderados por um líder de equipa responsável por tomar decisões, planear, coordenar, supervisionar e prestar cuidados diretos. Este método consiste em assegurar o melhor atendimento possível através das competências diversificadas dos elementos da equipa, todavia, exige ao enfermeiro líder da equipa várias competências de gestão, sendo este papel assegurado sempre por um EEEMC.

No mesmo serviço o enfermeiro chefe de equipa tem como funções a distribuição dos elementos da equipa de enfermagem a cada posto de trabalho, o tempo para as pausas, os pedidos de material e farmácia, além de supervisionar e colaborar na prestação de cuidados quando um posto se encontra com grande afluência e gerir a ocupação de camas.

De acordo com o Regulamento nº 743/2019, Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, no SU está preconizado que 50% dos enfermeiros devem ter formação específica exigida, sendo este o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica à Pessoa Situação Crítica. Segundo o mesmo regulamento, o posto de triagem deve ser assegurado pelo enfermeiro com formação específica em sistema de triagem de prioridades, preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica à Pessoa Situação Crítica. Este deve ocupar também o posto na sala de emergência e aquele designado como coordenador funcional de turno, tal como, acresce ao EEEMC as funções de coordenação, chefia ou gestão de cuidados em enfermagem. No SU tal não se verifica uma vez que na minha equipa (composta habitualmente por treze elementos), só três eram EEEMC. A triagem é realizada por um

elemento com curso específico em triagem de Manchester e não idealmente por um EEEMC na área da Pessoa em Situação Crítica, como preconizado pelo regulamento.

Nos cuidados à PSC é fulcral o papel que a gestão dos cuidados ocupa, uma vez que os doentes exigem respostas atempadas e complexas, a priorização dos cuidados torna-se imprescindível para um exercício de excelência. O EEEMC devido aos conhecimentos que detém e a capacidade de antecipar eventuais complicações, assume um papel importante na priorização dos cuidados, na adequação dos recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, o Regulamento nº140/2019 defende que o EE demonstra capacidade de autoconhecimento e assertividade, baseia a sua tomada de decisão e intervenções em evidência científica, agindo como elemento facilitador dos processos de aprendizagem (OE, 2019).

A necessidade de formação contínua é imprescindível não só no desenvolvimento pessoal, mas também profissional, de forma a garantir a melhoria contínua de cuidados, tal como é dever da profissão, conforme presente no Código Deontológico Lei nº156/2015 no artigo 109º o enfermeiro assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Daí a importância da pesquisa constante e revisão de conhecimento aprendidos anteriormente, pois tendo conhecimento da evidência científica mais atual, existe uma intervenção de forma fundamentada e especializada, proporcionando cuidados de qualidade e de referência. Além de basear a sua prática clínica segundo a evidência, o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua.

A realização deste mestrado prende-se com o meu gosto particular na área de emergência e prestação de cuidados ao doente em situação crítica, no entanto, sabia que precisava de aprofundar os meus conhecimentos científicos, baseados na mais recente evidência nesta área, e habilidades técnicas, de forma a desenvolver as competências necessárias ao cuidar da PSC e garantir a melhoria contínua desses cuidados.

O conhecimento que a pessoa tem de si própria, ou seja, o autoconhecimento, é a consciência individual que identifica as características das pessoas, os seus comportamentos, os seus sonhos, as suas crenças, os seus medos, seus receios e suas dúvidas, entre outros. Só depois desta consciência é que a pessoa, compreende o seu “eu pessoal” e o seu “eu profissional”, tornando-se capaz de cuidar do outro e reconhecer-se então como enfermeiro.

Ao ingressar neste mestrado tinha como objetivo ganhar ainda mais autoconhecimento, conhecer mais as minhas limitações, gerir as minhas emoções em situações de pressão e aprender a lidar com conflitos, estabelecendo assim uma melhor relação terapêutica com a pessoa/família e por consequência cuidados mais seguros e de maior qualidade.

De modo a desenvolver o autoconhecimento e assertividade, apresentei ao longo dos ensinamentos clínicos uma postura de interesse, proativa e assertiva, procurando todas as oportunidades para desenvolver as minhas capacidades, reconhecendo sempre quais as minhas competências e limitações dentro da equipa. No que diz respeito ao autoconhecimento, foi fundamental o meu trabalho individual com a elaboração das reflexões críticas segundo o ciclo de Gibbs, onde pude refletir sobre a minha prática, e em áreas que suscitaram o meu interesse como a avaliação da dor do doente crítico, a abordagem do doente crítico e família numa urgência polivalente e acolhimento da mesma numa UCI e a abordagem à PSC em decúbito ventral na UCI. Também elaborei planos de trabalho em contexto de UCI, de modo a organizar a minha prática, personalizando os mesmos de acordo com o doente alvo dos meus cuidados especializados.

Ao longo deste percurso denotei a necessidade da pesquisa de informação constante em consequência das situações que iam surgindo, visto isto, procurei fundamentar a minha prática com a mais recente evidência científica, baseando-me em artigos científicos publicados em bases de dados/revistas fidedignas como é o caso da EBSCO, RCAAP, CINAHL, MEDLINE, Scielo e da Cochrane.

A realização dos relatórios de estágio foi essencial para o desenvolvimento de competências especializadas, através da reflexão crítica e análise das experiências vividas. A elaboração do Projeto de Autoformação diz respeito ao interesse particular pelos cuidados especializados à pessoa em situação neurocrítica, no qual defini objetivos e as estratégias para os atingir, que me permitiram avaliar o resultado da minha intervenção.

O processo de enfermagem fundamentado foi elaborado na prática clínica em contexto de UCI, no qual, avaliando a PSN, defini focos de enfermagem, elaborei diagnósticos de enfermagem, implementei intervenções direcionadas e avaliei os resultados das mesmas. Este processo surge como um instrumento fundamental na tomada de decisão. Este processo foi apresentado e discutido em âmbito de aula para a professora orientadora e para os restantes colegas, fomentando a partilha de conhecimento e discussão de ideias.

Neste percurso, de forma a aprofundar conhecimentos frequentei formações organizadas pelos serviços, como a formação acerca da alimentação entérica e da VNI e a

oxigenoterapia nasal de alto fluxo. Também assisti ao 1º Simpósio de Enfermagem: Cuidar da Pessoa em situação crítica – da rua até à reabilitação na comunidade no Instituto Superior de Saúde em Braga, onde foi abordado vários tópicos da Enfermagem no atendimento pré-hospitalar, Enfermagem no Serviço de Urgência, Enfermagem Intensiva e a Enfermagem na Comunidade. Neste simpósio foi apresentado a ativação das vias verdes no pré-hospitalar, abordagem ABCDE no trauma, as novas recomendações do SAV (2021), intervenções de enfermagem à pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), as *guidelines* relativas ao choque séptico de 2021, abordagem à pessoa com hemorragia digestiva alta, a monitorização invasiva na UCI, sedação e analgesia na UCI, a VMI na UCI e as medidas anti-edematosas na hipertensão intracraniana.

Posso concluir que no decorrer deste percurso académico procurei desenvolver o meu autoconhecimento e, por conseguinte, atuar de forma assertiva e estabelecer uma relação terapêutica com o doente e sua família. Tomei decisões baseadas na mais recente evidência, providenciando cuidados de enfermagem especializados de qualidade e seguros, direcionados à pessoa alvo dos meus cuidados.

2.2. Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O cuidado à pessoa em situação crítica reveste-se de uma enorme complexidade, daí a necessidade de atualização e desenvolvimento de competências e conhecimentos, garantindo a melhoria contínua. Ao EEEMC compete o cuidado da PSC, em todos os seus contextos, desde o pré-hospitalar, até à alta clínica, tendo como objetivo facilitar o processo de transição saúde/doença, pressupondo a sua recuperação. Urge assim a necessidade de um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, pressupondo a aquisição de competências específicas, em resposta às necessidades holísticas e dos processos de saúde/doença da PSC e sua família.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) considerando a abrangência da Especialidade de Médico-Cirúrgica, tal como, a necessidade de cuidados especializados em áreas emergentes, reconhece a imperatividade da criação de competências específicas, consoante o alvo dos cuidados e o contexto desta intervenção. Destacam-se a área de enfermagem à pessoa em situação crítica, a área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, a área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e a área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

A área de enfermagem à pessoa em situação crítica tem como destinatário dos cuidados a PSC. De acordo com o Regulamento nº429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, a

pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, sendo que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são, por conseguinte, cuidados que se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação diagnóstica e a monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação de saúde da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra & Amaral, 2016).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados qualificados e específicos prestados continuamente à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, por forma a prevenir complicações, permitindo manter as funções básicas de vida, tendo como finalidade a sua recuperação. Estes cuidados podem derivar de uma emergência ou situação de exceção e catástrofe, contextos que colocam a pessoa em risco de vida.

Posto isto, no Regulamento nº 429/2018 estão enunciadas as competências específicas relativas ao EEEMC na área da PSC:

- a) Cuida da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

No presente subcapítulo realizarei uma análise crítica e fundamentada de cada uma destas competências específicas, através da descrição do meu percurso e as minhas experiências e consequente aquisição das competências ao longo deste processo de aprendizagem.

Na competência específica **“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”**, o EEEMC, de modo a desenvolver competências para prestar cuidados neste contexto deve mobilizar conhecimentos e habilidades de forma a responder em tempo útil e de forma holística, considerando a complexidades das situações de saúde da PSC e sua família. Desta forma, sublinho a importância do desenvolvimento desta competência e respetivas unidades de competência, de modo a enriquecer a minha prática diária em termos de cuidados especializados.

Ao longo dos ensinamentos clínicos procurei colocar em prática um conjunto de intervenções especializadas, e assim desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC em contexto de sala de emergência, serviço de urgência e em cuidados intensivos. Estas intervenções dizem respeito à administração de protocolos terapêuticos complexos; antecipação de focos de instabilidade e falência orgânica; gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC e família; gestão da comunicação interpessoal essencial na relação terapêutica; estabelecimento da relação terapêutica com a PSC, família/cuidador, agindo com agente facilitador na transição de processo saúde/doença e na assistência da pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais como resposta da situação crítica e/ou falência orgânica.

No contexto de serviço de urgência tive oportunidade de participar nos cuidados de alta complexidade em diversas situações clínicas, pouco habituais na minha prática profissional, que incluíram: abordagem do EEEMC na sala de emergência; abordagem ao doente politraumatizado; abordagem ao doente em PCR; abordagem do doente sob VMI; monitorização invasiva da função hemodinâmica; acolhimento da família da PSC; transporte intra-hospitalar da PSC e a administração de protocolos terapêuticos complexos.

As estratégias que promoveram o pensamento crítico foram a aprendizagem baseada em casos, através da pesquisa e análise das situações vivenciadas diariamente, elaboração de planos de cuidados onde constavam intervenções de enfermagem ajustadas às especificidades de cada situação no contexto de urgência/emergência, reavaliação das intervenções executadas, colaboração na abordagem do doente emergente no âmbito da sala de emergência e no transporte intra-hospitalar garantindo a continuidade de cuidados, sendo que intervimos sempre de modo a permitir a segurança da pessoa, reconhecendo as minhas capacidades e limitações ao longo da minha prática.

No sentido de cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença e prevenir eventuais complicações e focos de instabilidade, desenvolvi o meu “olho clínico”, que é o olhar com julgamento crítico. Observar e compreender o porquê da situação e a necessidade de intervenção, de modo a antecipar ou tratar o problema. Tendo isto em conta ao longo do estágio, dediquei parte do meu tempo com o doente na avaliação inicial na primeira abordagem com o mesmo, procurei obter dados acerca do doente que cuidava através da passagem de turno, tempo para transmissão de informações e continuidade de cuidados, da reflexão com a equipa sobre acontecimentos anteriores. Quando oportuno, tendo em conta a priorização dos cuidados, procurava conhecer o historial e antecedentes pessoais através do processo clínico, das notas de admissão, do plano de trabalho e

analisando os exames complementares de diagnóstico, como por exemplo, as análises clínicas, gasometria arterial, radiografia, TAC, eletrocardiograma, entre outros. Todos estes dados reunidos, complementados com os conhecimentos e a evidência científica, permitiam-me compreender a situação clínica do doente, realizando assim uma avaliação inicial, possibilitando uma gestão das intervenções de enfermagem mais pertinentes, em conjunto com o olhar clínico que me permitia estar sempre desperta para focos de instabilidade.

O meu foco principal na abordagem da PSC era a priorização da minha intervenção especializada, visto que compete ao EEEMC, priorizar as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (Regulamento nº429/2018). Tendo isto em conta, optei por uma abordagem sistematizada de prioridades como o ABCDE na avaliação ao doente, em contexto de emergência, sendo uma abordagem rápida, por prioridades e sistematizada, que permite uma identificação antecipatória de focos de instabilidade.

Relembro uma situação ocorrida na sala de emergência, de um doente com 32 anos que deu entrada com dificuldade respiratória. Através de uma abordagem ABCDE - Via aérea permeável, com taquipneia (40 ciclos/minuto), SpO₂:88-90% na gasometria arterial com hipoxemia. À auscultação pulmonar com sons diminuídos à esquerda, com enorme hematoma sobre a área. A nível circulatório com um taquicardia sinusal (FC~120-140 bpm) e hipotensão arterial (91/40 mmHg, PAM 57 mmHg), e à observação com palidez e sudorese intensa. O doente mantinha-se consciente, mas agitado com discurso confuso, num GCS 14 (O4, V4, M6). Pelo que prontamente suspeitei de um trauma torácico com eventual pneumotórax, como tal, iniciei a preparação do material para colocação de dreno torácico em conjunto com o enfermeiro Tutor e sugeri a administração de analgesia para controlo da dor, uma vez que este iria ser submetido a procedimentos invasivos. O doente realizou exames complementares através de R-X que revelaram um provável pneumotórax. Foi colocado um dreno torácico à esquerda, com drenagem de conteúdo purulento, revelando um empiema. Este é um exemplo de que uma abordagem sistematizada, permite realizar uma avaliação sistémica e antecipar complicações e evitar falência orgânica em tempo útil. Seguidamente, este doente foi transferido para a sala de cuidados especiais de modo a manter uma vigilância, monitorização contínua e administração de protocolos complexos.

Outra situação vivenciada na minha prática, foi um doente com 62 anos transferido pela emergência interna da enfermaria devido a alteração do estado de consciência, que havia sido internado por infeção respiratória. À chegada no SU já em VMI, gasimetricamente com

acidose mista com hiperlactacidemia com anemia associada. Apresentava-se num Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) -5 com pupilas midriáticas, mas reativas. Sob VMI em modo ventilatório mandatório controlado com uma ventilação mantida bilateralmente. Hemodinamicamente instável sob suporte vasopressor com Noradrenalina (NA) a 50/60 mg/ml a 15 ml/h para uma PAM 55 mmHg, perante estes valores foram alertados a equipa médica e escalado o débito da NA para 20 ml/h, de modo a manter PAM > 60 mmHg. Nesta situação observei a hipotensão, que foi um dado fundamental na antecipação de uma nova complicação. A administração e gestão desta terapêutica requer uma enorme atenção e priorização de cuidados, visto que a falta de um vasopressor em perfusão tem como consequência a falência hemodinâmica iminente.

Durante este ensino clínico foram várias as situações que exigiram a administração de protocolos terapêuticos complexos e a sua gestão, como são exemplos, a administração de NA, dopamina, propofol 2%, remifentanil, dobutamina, perfusão de insulina, transfusão de hemoderivados, entre outros. A gestão de protocolos terapêuticos complexos é fundamental na prestação de cuidados à PSC. O EEEMC além de deter conhecimentos para a administração de protocolos complexos, deve demonstrar conhecimentos na sua gestão, assim como na implementação de respostas adequadas às complicações e na monitorização e avaliação dessas respostas, sendo este responsável pela “gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos” (Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-cirúrgica, 2017).

O EEEMC ocupa um papel fundamental no seio da equipa da sala de emergência, o de liderança. Em análise desta abordagem, o EEEMC é o elo de referência, não só a nível do conhecimento, mas na gestão e liderança no seio da equipa, ficando à cabeça do doente. A atuação de enfermagem em sala de emergência diferencia-se muito tendo em conta o conhecimento e abordagem do enfermeiro especialista como uma pessoa que detém maiores conhecimentos e competências.

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica na sala de emergência exigem ações bem coordenadas e altamente qualificadas. De modo a possibilitar uma rápida atuação é necessário dispor de uma equipa organizada, coordenada, em termos de suporte científico e experiência, existir liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão. De acordo com o Parecer nº14/2018 da Ordem dos Enfermeiros o profissional detentor do título de EEEMC é quem detém o *core* de competências adequadas a dar resposta às necessidades em cuidados nos contextos de sala de emergência, devendo este assumir o papel de liderança.

De acordo com Massada, citado por Correia (2013), descreve que na sala de emergência o enfermeiro líder deve dispor de formação em SAV e trauma e ser conhecedor e aderente às orientações clínicas e operacionais da sala de emergência do serviço, sendo responsável pela preparação da sala de emergência para ressuscitação, colaboração na transferência do doente para a maca da sala, assistência médica no controlo da via aérea e ventilação, execução da entubação naso ou orogástrica e na avaliação primária e secundária do doente. Em relação ao funcionamento da sala, supervisiona a rápida admissão do doente, passagem para a maca da sala e saída da equipa de transporte, recolhe informações sobre o tipo de situação e história clínica do doente, controla o número de pessoas na sala, é responsável pela comunicação, transporte rápido de exames e pedidos dos mesmos, bem como dos seus resultados e, prepara a pessoa doente para a transferência da sala, bem como do seu transporte.

Foram várias as situações onde pude colaborar nos cuidados na sala de emergência aos longos dos estágios. No meu estágio na UCIP do CHUP, a responsabilidade da sala de emergência ficava a cargo deste serviço, como referido anteriormente, por isso sempre que era acionada a sala de emergência, dirigia-me juntamente com o elemento alocado a esta sala no turno. O elemento destacado para a sala de emergência era preferencialmente um EEEMC, tal como o elemento proveniente do serviço de urgência. Neste âmbito, relembro uma situação de uma senhora com 47 anos trazida pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) após deterioração neurológica e PCR num dentista. À chegada num RASS -5, sob VMI, analgo-sedada, hemodinamicamente estável. Após estabilização e colocação de linha arterial (LA) para monitorização invasiva, cateter venoso central (CVC) e cateter vesical a cliente inicia um quadro de hipotensão com necessidade de iniciar NA. Eletrocardiograma com ritmo sinusal. Realiza TAC cranioencefálica que revela uma embolia cerebral de etiologia gasosa com provável causa após tratamento no dentista. Após se encontrar hemodinamicamente estável foi realizado transporte inter-hospitalar para o Hospital Pedro Hispano para realização de terapia hiperbárica. De acordo com Chau, Leung e Yan (2021), uma embolia cerebral gasosa é uma condição de risco de vida, que se apresenta habitualmente com deterioração neurológica e com um estado hemodinamicamente instável após realização de procedimentos médicos. Num estudo com casos reportados de embolia cerebral de etiologia gasosas estes autores referem que a terapia hiperbárica deve ser considerada no tratamento desta condição, visto que esta terapia destrói as “bolhas” através da pressão, acelera a difusão do oxigénio, oxigenando o tecido isquémico

e reduz o edema cerebral, possibilitando uma recuperação total sem limitações no estado de saúde.

Esta foi uma situação onde pude colaborar na administração de protocolos terapêuticos complexos como a administração de NA, e prevenir complicações como a hipotensão, que deve ser evitada na pessoa em situação neurocrítica pelo risco de aumentar a isquemia cerebral, devido à redução da PPC e conseqüentemente mais danos neurológicos (Schizodimos et al. 2020).

Refletindo sobre a dinâmica da sala de emergência no CHUP, esta funcionava de forma coordenada, organizada, com a liderança do profissional de enfermagem mais qualificado em termos de suporte científico e experiência. Julgo que devido à organização física da sala, a qualificação dos profissionais destacados e o forte poder de tomada de decisão em equipa multidisciplinar tornava a dinâmica desta sala fluída, rápida, organizada e competente, facilitando a prestação de cuidados especializados em tempo útil da pessoa em situação crítica e família.

Após a estabilização na sala de emergência, os doentes necessitam de ser transferidos para outra unidade ou serviço ou, muitas das vezes, para realização de exames complementares de diagnóstico. O transporte do doente consiste na deslocação do mesmo de um espaço físico para outro, que poderá ser dentro da mesma unidade de saúde (transporte intra-hospitalar), para outra unidade de saúde (transporte inter-hospitalar) (Nascimento, 2020).

O transporte da PSC que tive oportunidade de participar foi na modalidade intra-hospitalar para realização de exames complementares de diagnóstico ou transferências para outras unidades diferenciadas dentro do próprio serviço e fora do mesmo, como foi o caso da UCIP, BO, serviço de hemodinâmica e UTIC, o que requer uma série de intervenções especializadas na substituição do equipamento de suporte, de monitorização, além da continuidade de perfusões de medicação vasopressora e analgo-sedativa e transferência para a maca de exame. O transporte deste tipo de doente necessita de um planeamento prévio e uma boa comunicação em equipa de modo que seja efetuado em segurança e antecipando qualquer complicação que possa acontecer.

Segundo a Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), os profissionais de saúde que realizam o transporte devem ser capazes de antecipar todas as complicações possíveis de forma a manter a qualidade de cuidados prestados durante o transporte, este não deverá ser inferior ao da unidade onde se encontrava. O benefício da realização do transporte deve ser sempre superior ao prejuízo. Sendo que, uma

vez mais é evidente a importância do EEEMC no cuidar da PSC que deve estar desperto e atento a qualquer alteração no estado de consciência, bem como na vigilância e monitorização hemodinâmica.

Ainda segundo o mesmo autor deve ser antecipado o risco de possíveis complicações e executadas intervenções no sentido de preveni-las, especialmente nas fases de maior risco, como por exemplo, os primeiros cinco minutos do transporte, na passagem do doente e no transporte prolongado (> 30 minutos). Realça ainda a prevenção de problemas como a extubação endotraqueal, a perda de acessos venosos, a reserva inadequada de oxigénio, a avaria do ventilador de transporte, a exteriorização ou clampagem inadvertida de todas as drenagens, e/ou falta de bateria dos equipamentos elétricos, assim como a deterioração do estado clínico do doente.

Em contexto de cuidados intensivos no HNM e no CHUP foram várias as situações de aprendizagem em que participei e colaborei, que incluem: monitorização PICCO (Pulse Contour Cardiac Output) e realização de pontos hemodinâmicos, algo novo para mim, esta monitorização permite medir o débito cardíaco, volume sistólico, resistência vascular sistémica, água extravascular intrapulmonar, fração de ejeção global, entre outros e é especialmente útil no caso dos choques mistos, por permitir a avaliação da pré e pós carga, contratilidade e resistências vasculares periféricas e assim ajustar a velocidades das drogas vasoativas e do volume de fluídos; abordagem ao doente neurocrítico, através da monitorização da PIC, manutenção da Derivação Ventricular Externa (DVE), observar a avaliação com o eletroencefalograma e o doppler transcraniano; a técnica de substituição da função renal venovenosa; abordagem do doente politraumatizado na sala de emergência; status pós-paragem cardiorrespiratória; a abordagem do doente com AVC na sala de emergência; monitorização invasiva da função hemodinâmica; acolhimento da família e o transporte intra-hospitalar.

Nestas unidades foram várias as situações que prestei cuidados especializados à PSN. Neste âmbito, nos cuidados à PSN optei por uma abordagem sistematizada de prioridades como o ABCDE na avaliação deste doente. No entanto com uma adaptação, visto se tratar da PSN, realizava a avaliação da consciência e sedação em primeiro lugar, visto ser uma parte fundamental no doente neurocrítico em contexto de CI através da RASS, que segundo Oliveira (2017) permite a avaliação da sedação, fundamental na prevenção de estados de agitação e ansiedade por parte da PSN, evitando o consumo de oxigénio e assim um pior prognóstico. A RASS avalia a sedação e agitação da PSC que se encontra sob VMI, inclui níveis de sedação e agitação com uma pontuação de +4 a -5, sendo que a pontuação positiva

corresponde a níveis de agitação e a negativa a níveis de sedação. Um RASS de 0 indica um doente calmo e desperto, já as pontuações de -4 e -5 indicam estados de coma. Mirski, citado por Barreto (2017), refere que apenas a RASS tem a capacidade de detetar mudanças no estado de sedação durante dias consecutivos. Barreto (2017) refere ainda que, ao cliente em situação neurocrítica, é instituída sedação para que se atinja o nível mais profundo de sedação durante as primeiras 72 horas de permanência na unidade de cuidados intensivos.

De acordo com Schizodimos et al. (2020), a agitação provoca aumento da PIC, daí a necessidade de haver uma avaliação do estado de sedação/agitação, através de uma escala que permite categorizar os diferentes níveis e assim determinar o nível segundo a RASS que permite o objetivo terapêutico para a pessoa em situação neurocrítica. Além do uso das escalas, na UCIP era utilizado o Índice Biespectral (BIS). De acordo com Chang, Raker & Garcia (2019), o algoritmo BIS interpreta dados brutos do EEG reunidos através de elétrodos colocados na testa da pessoa e fornece um valor de 0 a 100. Permite aferir o nível de sedação do mesmo, sendo que 0 representa uma atividade suprimida e 100 um estado completamente consciente. O valor 20 um estado hipnótico profundo, 40-60 uma baixa resposta a estímulos e o valor 80 uma sedação leve. Segundo o protocolo da UCIP relativo à sedação o valor BIS deve ser mantido entre 40-60 na PSN e deve ser executado um EEG seriado em casos de aumento da PIC.

Outra escala utilizada na avaliação da consciência é a Glasgow Coma Scale (GCS), que avalia a abertura ocular, resposta verbal e resposta motora desde um *score* máximo de 15 e mínimo de 3 (coma), se o doente não estiver sedado.

Outra avaliação a ter em conta é o reflexo pupilar, sendo que em primeiro lugar deve-se avaliar o tamanho, forma, posição e simetria das pupilas e após a sua reatividade. O tamanho da pupila varia entre 1mm (miose) e 8mm (midríase). Em condições normais são simétricas na forma, na posição, e têm aproximadamente o mesmo tamanho (isocóricas), se são diferentes entre si, chama-se anisocoria. A reatividade pupilar como brusca, lenta, não reativa ou fixa. Devido à localização do oculomotor comum (par craniano III) na tenda do cerebelo, o tamanho e reatividade pupilar são fundamentais na avaliação física da PIC e síndrome de herniação.

A pressão intracraniana (PIC) na PSN deve ser monitorizada em todas as vítimas de TCE severo (GCS 3-8) e com TC-CE anormal, que revelem hematoma, contusão, edema ou herniação e também é indicada em todos os doentes vítimas de TCE severo com uma TC-CE normal se dois ou mais dos seguintes sinais foram observados aquando da admissão:

idade superior a 40 anos, postura motora unilateral ou bilateral ou se pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg (Brain Trauma Foundation, 2016).

Tendo em conta que o grande objetivo é evitar a lesão cerebral secundária e manter uma homeostasia cerebral. Segundo Schizodimos et al. (2020), a HIC está associada a um pior *outcome* e com um aumento da mortalidade, é fulcral monitorizar estes valores. De acordo com as *guidelines* atuais esta monitorização está associada a uma redução dos dias de internamento e à mortalidade em duas semanas após a lesão.

De seguida realizava avaliação da via aérea/respiração, sendo que a maioria dos doentes estava sob VMI, tinha como atenção a permeabilidade da via aérea, observava características respiratórias e através da auscultação pulmonar, parâmetros ventilatórios, comparando com a gasometria arterial. A hipóxia e hipercapnia devem ser evitadas devido ao aumento do FSC e consequentemente da PIC. Por outro lado, a hipocapnia deve ser evitada pelo risco de isquemia devido à indução da vasoconstrição cerebral e redução do FSC. De acordo com a BTF (2016) a PaCo₂ deve ser mantida entre os valores de 35-40 mmHg. Já na PaO₂ devem ser evitados valores inferiores a 60mmHg e superiores a 300mmHg.

Relativamente ao C, a circulação tinha em atenção a hemodinâmica do doente, nomeadamente a frequência cardíaca e traçado eletrocardiográfico e a Pressão Arterial Média (PAM), dado fundamental na antecipação de focos de instabilidade neste tipo de doentes, visto apresentarem uma monitorização invasiva, rapidamente é perceptível qualquer alteração do estado clínico. Muitos dos doentes em estado crítico encontram-se sob suporte vasopressor (ex.: Noradrenalina, Dopamina, Dobutamina), o que requer uma enorme atenção e priorização de cuidados, visto que a falta de um destes vasopressores em perfusão tinha como consequência a falência hemodinâmica eminente. Na PSN a otimização da PAM permite manter a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) num intervalo normal. O cérebro saudável tem uma capacidade complexa de manutenção de um Fluxo Sanguíneo Cerebral (FSC) constante, dentro do intervalo normal de PPC sem estar dependente de variações significativas na TA, denominada de autorregulação. Contudo, quando este mecanismo se encontra comprometido, o cérebro torna-se incapaz de compensar as mudanças na PPC, tornando-se o FSC dependente desta (American College of Surgeons citado por Barradas, 2018). Deste modo, se a PAM for muito baixa, origina zonas de isquemia e enfarte e, pelo contrário, se for muito alta, origina edema cerebral marcado com aumento da PIC.

De acordo com Schizodimos et al. (2020), a hipotensão arterial deve ser evitada visto estar relacionada com um pior *outcome* nestes doentes. No sentido de manter valores

tensionais adequados e evitar a hipotensão devem ser utilizados vasopressores. A Neuroscience Society, citado por Barreto (2017), refere que o objetivo é a manutenção de uma PAM num intervalo entre 80 a 100mmHg, tendo sempre em atenção a TA basal e o objetivo terapêutico que se pretende atingir.

De seguida na avaliação do doente, avaliava a integridade cutânea, temperatura corporal e avaliava/otimizava todos os dispositivos invasivos tendo em conta a sua permeabilidade e características de conteúdo como por exemplo, cateter arterial, cateter vascular central, cateter de PIC, DVE, o cateter urinário, dreno cirúrgico, dreno torácico, sonda nasogástrica, pensos existentes, entre outros.

A avaliação inicial permitia-me ter conhecimento sobre a situação clínica, estando assim mais desperta e alerta para qualquer alteração do seu estado e possíveis complicações. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC à PSC, os cuidados de enfermagem especializados à PSC exigem

...observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil... (Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-cirúrgica, 2017).

Recordo uma situação vivenciada na UCIP do CHUP, de um doente de 40 anos o J.M. vítima de um acidente com motociclo após embate num passeio, que resultou num TCE, transportado por transporte primário via helicóptero desde Vila Flor (Bragança), sendo que à chegada da equipa de emergência apresentava uma GCS de 9, com anisocoria, tendo sido intubado.

Já no intra-hospitalar, após realização de TAC cranioencefálica, esta revelou: “... *um hematoma subdural agudo hemisférico direito com cerca de 5,5 mm de espessura (...) apresenta ligeiro desvio das estruturas da linha média para a esquerda cerca de 3 mm.*”

Evidenciava traumatismo torácico com fratura posterior não desalinhada dos arcos costais, desde o 8º ao 10º à direita e desde o 5º ao 8º à esquerda. Também, trauma facial com fratura das paredes anterior, lateral e superior do selo maxilar esquerdo, arco zigomático ipsilateral, lâmina papirácea esquerda, septo intra esfenoidal.

Avaliado pela neurocirurgia foi colocado sensor de PIC intraparenquimatoso e foi ao bloco para correção da ferida do escalpe.

Na UCIP apresentava-se analgesado num RASS -5 com Fentanil 100mgc/h, Propofol 300mg/h e Midazolam 5mg/h para auxiliar no “desmame” do Propofol. Pupilas

isocóricas e isoreativas. Hemodinamicamente com Noradrenalina (10mg/50ml) a 1 ml/h para valores de PPC > 70 mmHg.

Sob prótese ventilatória no modo VC bem-adaptado: VC: 500ml; FR: 18 com; Peep: 10; FiO₂: 60% para um SpO₂:100% e EtCO₂: 39. Presença de secreções escassas e purulentas.

A realizar nutrição entérica a 21 ml/h. apresentava cateter urinário com presença de urina com sedimentos.

Na passagem de turno, a colega passou que haviam suspenso a NA. Ao iniciar o turno, realizado a avaliação do doente observei que este apresentava uma PAM 69 mmHg (104/52 mmHg), uma PIC de 10 mmHg, resultando numa PPC (PAM-PIC): 59 mmHg. Ou seja, embora a PAM se mantivesse num valor normal a PPC encontrava-se abaixo dos valores de referência para aquele doente. Prontamente, informei a minha enfermeira de referência e iniciámos a NA (10mg/50ml) a 1 ml/h, revertendo esta situação com PPC > 70 mmHg, evitando assim danos cerebrais como a isquemia.

Numa pessoa com uma autorregulação intacta, a hipotensão causa um reflexo cerebral de vasodilatação que aumenta o volume de sangue cerebral. No entanto, quando esta autorregulação se encontra comprometida a hipotensão arterial conduz a isquemia cerebral devido à redução do FSC. De acordo com um estudo retrospectivo de 15733 pessoas com TCE moderado a severo, os doentes com TAS < 110 mmHg eram considerados hipotensos. A BTF (2016), sugere que TAS > 100 mmHg devem ser mantidos para doentes com idades entre os 50- 69 e TAS > 110 mmHg em doentes com idades entre 15-49 e > 70 anos, no sentido que diminuir a mortalidade e aumentar *outcomes*.

Outra situação vivenciada durante a minha prática em que administrei e geri protocolos terapêuticos complexos à PSC foi na UCI para COVID-19, onde se encontrava um doente internado há 11 dias por uma ARDS (Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda) secundária a uma infeção por COVID-19. Analgo-sedado com Fentanilo + Propofol 2% e curarizado com Brometo de Rocurónio, categorizado num RASS -5. Hemodinamicamente sob suporte vasopressor de Noradrenalina 50mg/60ml a 8 ml/h e sob ventilação mecânica invasiva, com modo ventilatório mandatório controlado, volume corrente: 450 ml, PEEP: 12 cmH₂O, FR: 22 ciclos por minuto e FiO₂ a 70%.

Gasimetricamente apresentava uma acidose mista com desadaptação do ventilador com necessidade de aumento da dose de curarizante, tendo indicação para o decúbito ventral (DV) ou a *prone position* como também é conhecido. Esta é considerada uma técnica não farmacológica na otimização da ventilação, consistindo na alternância de decúbito para

ventral, sendo uma manobra no combate à hipoxemia refratária (quanto mais precocemente se instituir, melhores os resultados) nas pessoas vítimas da ARDS grave, onde a relação pressão parcial de oxigênio (PaO₂/FiO₂) se encontra inferior a 200 mmHg, atendendo aos critérios de Berlim da ARDS e que apresentam hipoxemia refratária ao suporte ventilatório ou que demonstrem falência pulmonar (Araújo et al., 2021).

Para a realização desta técnica participaram três enfermeiros e um médico, sendo que iniciámos por avaliar a hemodinâmica do cliente, gerindo a terapêutica sedativa e vasopressora, de forma a evitar complicações como a hipotensão e agitação; executámos gasometria arterial antes do procedimento e foi suspensa a nutrição entérica, aspirando o conteúdo gástrico. Após estes primeiros cuidados, preparámos a unidade, no sentido de aproximar o ventilador, traqueias; fixámos os acessos invasivos; removemos toda a medicação a perfundir não necessária naquele momento; confirmámos/fixámos o tubo endotraqueal com adesivo, tendo em atenção a marca na comissura labial; aspirámos secreções pelo tubo endotraqueal; retirámos os elétrodos e colocámos na região dorsal posterior e monitorizámos os sinais vitais. Esta técnica é um reflexo da necessidade de administração de um protocolo complexo como a sua gestão e implementação de intervenções de modo a prevenir eventuais complicações, onde é imprescindível o papel do EEEMC.

A prestação de cuidados à PSC envolve a implementação e administração de protocolos terapêuticos complexos, como os explanados anteriormente nos casos descritos, que o EEEMC tem de ser capaz, além da sua administração, garantir a gestão eficaz desses protocolos, bem como reconhecer e prevenir complicações inerentes do mesmo.

Considero que desenvolvi competências na identificação atempada de focos de instabilidade na prestação de cuidados à PSC, implementando e gerindo protocolos terapêuticos complexos, sendo esta competência relevante no contexto da PSC. Embora os focos de instabilidade sejam algo muito presentes no âmbito da PSC, a qualidade dos cuidados está muitas vezes dependente da capacidade de o enfermeiro antecipar e responder adequadamente aos focos de instabilidade da PSC.

Um dos protocolos terapêuticos que tive a oportunidade de implementar e gerir tanto em contexto de SU como cuidados intensivos foi a PSC sob analgo-sedação. Além dos objetivos terapêuticos deste procedimento, a avaliação da dor e da sedação adequada de forma a evitar complicações, é fundamental e desafiante.

Nesta linha de pensamento, é pretendido do EEEMC na área da PSC que faça a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

O termo bem-estar é comumente associado à saúde por diversas concepções teóricas de enfermagem, sem que este esteja concetualizado (De Oliveira, 2013). Não obstante, segundo Mackey, citado por De Oliveira, (2013), pode ser definido como uma condição caracterizada pela felicidade, prosperidade, saúde, satisfação, paz ou como sinónimo e indicador de qualidade e vida. Tendo isto em conta, a qualidade dos cuidados de enfermagem assume um papel essencial para o bem-estar da PSC e sua família.

A definição de dor foi revista em 2020 por uma equipa multidisciplinar de 14 pessoas, da International Association for the Study of Pain por forma a conduzir a uma melhor avaliação e gestão das pessoas com dor. Posto isto, redefiniram a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos”.

A esta definição foram acrescentados seis pontos que conferem à palavra dor um contexto mais abrangente, numa perspetiva enriquecedora. Mencionam a dor como uma experiência pessoal, influenciada por diferentes fatores biológicos, psicológicos e sociais; distinguem a dor de nociceção, visto a dor não ocorrer somente pela atividade dos neurónios sensoriais; o conceito de dor é aprendido pelas pessoas ao longo das suas experiências de vida; o relato da pessoa de uma experiência como sendo dor deve ser respeitado; embora a dor tenha um papel adaptativo, pode ter efeitos adversos no bem-estar social e psicológico. Por último que a expressão verbal da dor é um dos vários comportamentos possíveis, e que a incapacidade de verbalizar não nega a possibilidade de um ser vivo humano ou não sentir dor.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012) a dor no doente crítico é comum, sendo a sua gestão um grande desafio. Embora os profissionais de saúde estejam conscientes da vulnerabilidade dos doentes e dos procedimentos dolorosos que experienciam, frequentemente subestimam a dor. De acordo com Urde et al., citado por Teixeira (2016), a gestão e controlo da dor na pessoa em situação crítica implica uma vigilância, monitorização, que requer o uso de escalas de monitorização da dor. Estas escalas permitem identificar a intensidade da dor, implementar intervenções para o alívio da dor e avaliar a sua eficácia. A dificuldade na monitorização da dor no doente crítico, prende-se com alterações da consciência, por sedação ou não, alterações da comunicação verbal, normalmente por presença de tubo endotraqueal ou até mesmo por ventilação não invasiva

contínua. Nestes doentes o enfermeiro baseia-se na observação de indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, sendo que as escalas que contemplam estes indicadores são denominadas de escalas comportamentais de dor.

Segundo a DGS e a International Association for the Study of Pain, citados por Silva (2017), o registo sistemático e monitorização da dor é um dever dos profissionais de saúde, sendo um direito do doente, como tal foi estabelecido na Circular Normativa nº 09/DGCG, a dor como o 5º sinal vital, devendo a dor ser avaliada sistematicamente e de forma individual ao mesmo tempo que os outros sinais vitais, sendo crucial na abordagem farmacológica e não farmacológica da pessoa com dor, garantindo assim a humanização e qualidade dos cuidados.

Segundo Caetano et al. (2013), a dor é uma experiência subjetiva e individual, sendo o seu melhor indicador a informação verbal, contudo, no doente crítico está muitas vezes não é possível, estando comprometida a avaliação das suas características e etiologia. Sendo a classificação da intensidade de dor através de escalas a maior garantia de uma monitorização da dor. Os instrumentos de avaliação da dor podem ser de três tipos: escalas unidimensionais; escalas multidimensionais e escalas comportamentais. No primeiro tipo existem a Escala Visual Analógica (EVA) (é apresentada sob forma de régua desenhos de faces, desde a face feliz – sem dor, até a face triste – dor insuportável); a Escala Numérica da Dor (END) (doentes classificam a dor de 0 a 10, sendo 0 sem dor e 10 a pior dor possível) e a Escala Verbal Simples (EVS) (composta por cinco designações: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa e dor insuportável). Relativamente ao doente crítico é recomendado o uso de escalas comportamentais, que surgem como uma heteroavaliação de indicadores comportamentais da dor em doentes que não conseguem se exprimir e verbalizar.

A escala mais usada em Portugal para avaliação da dor no doente crítico que está sedado e ventilado e a escolhida pelos enfermeiros como resultado do Plano de Avaliação da Dor segundo o Grupo de avaliação da dor pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos em 2012 e uma das utilizadas na UCIP do CHUP e do HNM é a Behaviour Pain Scale (BPS). Esta escala faz avaliação da dor na pessoa em situação crítica através de três indicadores: expressão facial (avalia o modo que o doente se apresenta, observando a sua face); o tónus dos membros superiores (comportamento adotado focando a atenção aos membros superiores) e a adaptação à ventilação (foca a desadaptação ventilatória). Cada indicador é dividido em 4 descrições, que corresponderá à soma obtida em cada indicador e oscila entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa). Ou seja, com uma avaliação >3 o doente necessita de uma intervenção para o alívio da dor.

Além desta escala também é utilizada a END se o doente estiver colaborante e outra utilizada é a ANI (Analgesia Nociception Index) se o doente estiver inconsciente. Esta é das mais recentes propostas para avaliar a nocicepção aguda e dor. De acordo com Abdullayev et al. (2019), a ANI é calculada a partir da análise com base eletrocardiográfico, através de uma frequência do componente de alta frequência da variabilidade da frequência cardíaca, considerando também a frequência respiratória. É apresentado como uma pontuação de 0 a 100, refletindo a atividade parassimpática, sendo que valores de ANI diminuem com a dor.

Na UCIP a avaliação da intensidade da dor através de escalas é realizada pela equipa de enfermagem uma vez por turno e reavaliada 15 minutos após cada intervenção. No sentido de aliviar e prevenir a dor, eram executadas medidas não farmacológicas, como a criação de um ambiente calmo/acolhedor, posicionamento, massagem, comunicação com o doente, explicando os motivos das intervenções e objetivos do tratamento. Quanto às medidas farmacológicas era instituída analgesia preventiva e num conceito multimodal de acordo com o grau de dor.

No que diz respeito à sedação era avaliada através da escala RASS é sugerido o uso de monitorização BIS aquando de sedações mais profundas. É recomendada a interrupção diária da sedação e titulação do sedativo. Sempre que a sedação for insuficiente (RASS>0) tratar a dor primeiro e só depois iniciar sedação. Sendo que recentemente foi adotado o termo analgosedação em detrimento da sedoanalgesia, pois deve-se sempre analgesiar e só depois sedar o doente, uma vez que a sedação não trata a dor.

Relativamente ao delirium era avaliado segundo a escala Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU) duas vezes por dia (se RASS<-3), sendo que há presença de delirium quando a escala CAM-ICU é positiva. O delirium na PSC atinge prevalências de 20 a 80%, aumenta a mortalidade aos seis meses em três vezes e em 10% por cada dia não tratado. Aumenta o tempo de VMI, de internamento e consequentemente os custos hospitalares. As medidas não farmacológicas centram-se em assegurar a ausência de dor, reorientação, mobilização precoce, diminuição de ruído e luzes à noite, assegurando o ciclo sono/vigilância. No sentido de minimizar o ruído, na UCIP do CHUP, encontra-se na parede da entrada um decibelímetro que demonstra o valor sonoro em decibéis, o que ajuda a compreender o ruído gerado na unidade, esta medida foi implementada após um estudo sobre o ruído em UCI realizado por uma enfermeira daquele serviço. Já as medidas farmacológicas, são os antipsicóticos como haloperidol IV 2,5-5mg até à dose máxima de 60mg/dia, a quetiapina e a olanzapina. Se necessário sedação é optado pelo uso da

dexmedetomidina de acordo com a tabela posológica. O uso de benzodiazepinas é evitado nos doentes com risco de delirium, exceto casos de abstinência.

É imperativo a necessidade de uma correta avaliação e monitorização da dor no doente neurocrítico, estando este num estado mais vulnerável em que não consegue verbalizar a dor, é dever do enfermeiro estar desperto para tal, garantindo uma humanização dos cuidados. O consumo de oxigénio pode ser reduzido através da prevenção da dor, ainda é conhecido que a manutenção da analgesia apropriadas poderão diminuir a PIC, pela redução do consumo metabólico, da hipertensão arterial e taquicardia. Em contexto de cuidados intensivos são vários os procedimentos dolorosos como: aspiração de secreções, posicionamentos, cuidados de higiene, procedimentos cirúrgicos e transporte do cliente, sendo recomendado a gestão da analgesia antes da realização dos mesmos. (Barreto, 2017).

O ICN (2019) refere que a dor e o mal-estar podem revelar-se através de uma “expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento”, sendo por isso essencial que o EEEMC valorize a comunicação verbal da dor, mas também a forma como a pessoa se comporta e expressa durante as situações decorrentes da prática.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, a escala mais utilizada foi a BPS, onde pude proceder à sua implementação e posterior avaliação. Esta era avaliada uma vez por turno e sempre que necessário (procedimentos dolorosos e após implementar medidas para o alívio da dor). Na minha prática fui de encontro ao recomendado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012), que defende que a avaliação e monitorização da dor uma vez por turno, 15 minutos após a realização de um procedimento doloroso e reavaliada 30 minutos após uma intervenção com a finalidade de aliviar a dor. Após cada avaliação, esta deve ser registada, à semelhança dos outros sinais vitais e privilegiar sempre a auto-avaliação da dor caso a pessoa se encontre consciente e com as funções cognitivas mantidas. No contexto do serviço de urgência a escala que mais utilizei foi a Escala Visual Numérica, considerada o *gold standart* na auto-avaliação da dor, em doentes que comunicam (SCPI, 2012).

No alívio da dor, procurei utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas, tendo como objetivo o bem-estar da PSC. Nas medidas farmacológicas, foram executadas intervenções interdependentes visto a prescrição medicamentosa de analgesia ser um ato médico, mas a administração e sua gestão ser uma intervenção de enfermagem, o que exige uma avaliação contínua da sua eficácia e adequação da mesma perante esta avaliação. Os

fármacos mais usados são o Tramadol, Fentanilo e Remifentanil em perfusão. A utilização de analgésicos não opióides como os anti-inflamatórios não esteroides, também o paracetamol e a cetamina, podem ter vantagens quando associados aos opióides por melhorar o efeito analgésico com uma dose menor de opióide, minorando, desta forma, os seus potenciais efeitos adversos.

Algo que pude identificar ao longo deste estágio foi que todos os doentes em cuidados intensivos tinham analgesia prescrita, algo que refleti com agrado, pois nem sempre o profissional de saúde está sensível para a gestão e alívio da dor, sinal comum e transversal à PSC e se por algum motivo houvesse um lapso neste aspeto, o enfermeiro, solicitava e questionava o médico neste sentido. Antes de cada procedimento procurei clarificar o doente ao que ia ser submetido e administrar sempre que necessário pré-analgesia, facilitando a pessoa através da promoção do bem-estar, conforto e o profissional, tornando o procedimento mais simples e rápido. Desta forma é de salientar que quanto mais especializado e competente for um enfermeiro, mais conseguirá direcionar e personalizar o seu cuidado a cada pessoa, neste caso específico, à pessoa com dor.

As medidas não farmacológicas devem surgir em complementaridade das medidas farmacológicas e não em substituição destas (OE, 2008). Como futura EEEMC foi fundamental para o meu desenvolvimento de competências conhecer e aplicar medidas não farmacológicas no cuidado à PSC. Estas incluem os posicionamentos frequentes, técnicas de distração, a massagem, o toque terapêutico, aplicação do quente/frio, exercício/mobilização, promoção do sono e a adequação do ambiente físico.

O posicionamento terapêutico da cabeça na PSN é considerado um fator significativo na prevenção e tratamento da HIC, surgindo como parte da gestão dos doentes com TCE (Villanueva & Ruivo, 2022). De acordo com Promelek et al., citado por Villanueva e Ruivo (2022), os estudos referem uma diminuição de até 1 mmHg por cada 10° de elevação da cabeceira. Esta intervenção diminui a PIC pela otimização do retorno venoso e da redistribuição do líquido cefalorraquidiano. Por outro lado, a elevação da cabeça também pode diminuir a PPC comprometendo a oxigenação cerebral, segundo a mesma autora, a elevação da cabeça deve variar entre os 30° a 40°. Além da elevação da cabeça o alinhamento corporal é importante, mantendo o pescoço em posição neutra, de forma a evitar a compressão das veias jugulares, de modo a facilitar a drenagem venosa cerebral, favorecendo o retorno venoso. Nesta linha de pensamento, as posições que diminuem o retorno venoso devem ser evitadas, incluindo a posição *trendelenburg*, *prone position*, flexão externa do quadril ou flexão extrema do pescoço.

Outro aspeto quando lidamos com a PSN é a sedação, parte integral no cuidar deste doente, pois previne a agitação, que causa a dissincronia com o ventilador e aumento das necessidades de oxigénio, e compromete o bem-estar da pessoa, o que poderá resultar num aumento da PIC. Na PSN com aumento da PIC é recomendado uma sedação profunda. Um cuidado que o EEMC deve ter é a otimização da sedação, sendo este também um protocolo terapêutico complexo. Embora envolva uma prescrição médica, o enfermeiro é que tem o dever da sua administração e gestão. Por exemplo, um dos efeitos secundários do Propofol 2%, é a hipotensão, aumento dos triglicéridos e a síndrome da infusão do Propofol (1%), facto que o EEMC deve estar desperto, de modo a evitar esta complicação, tendo muitas das vezes de gerir o seu débito.

O controlo e gestão da dor, sedação e prevenção e gestão do delirium, além de influenciar o prognóstico da PSN, é também um dos elementos-chave na promoção do conforto e bem-estar e uma medida fundamental na prevenção de complicações. Posto isto, é dever do EEMC no ramo da PSC, tal como de toda a equipa que cuida deste a avaliação da dor, sedação e delirium através da implementação de escalas adequadas a cada pessoa e situação, com a finalidade do alívio da dor, manutenção da sedação e prevenção e tratamento do delirium.

Tendo isto em conta, posso afirmar que desenvolvi competências especializadas referentes à gestão diferenciada da dor e bem-estar. Procurei ao longo da minha prática maximizar o bem-estar da PSC através da gestão diferenciada da dor, com a avaliação eficaz da mesma com recurso a escalas validadas e a implementação de protocolos terapêuticos complexos que vão de encontro às medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor e promoção do bem-estar.

A comunicação é parte fundamental na enfermagem, sendo um instrumento que deve ser desenvolvido pelo enfermeiro, uma vez que é através da mesma, que é realizada a avaliação inicial e identificadas as necessidades da pessoa e família, de forma a serem desenvolvidas estratégias que facilitam a gestão da ansiedade e do medo vivenciados pela PSC e família.

Nesta linha de pensamento, outras das competências que o EEEMC na área da pessoa em situação crítica deve desenvolver são: “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”, “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” e “assiste a pessoa

família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”.

De acordo com Borges et al., citado por Costa (2015), a comunicação é uma constante em enfermagem, assumindo um papel fulcral na área da pessoa em situação crítica, da mesma forma é uma das áreas mais complexas de desenvolver, pois existem inúmeros fatores que podem interferir na comunicação eficaz. Deste modo, os enfermeiros devem encontrar estratégias de comunicação de forma a prestar cuidados de qualidade.

A comunicação é o elemento crucial nas relações humanas, particularmente no estabelecimento de uma relação terapêutica. Esta deve ser assertiva, clara, honesta e simples, sendo que só deste modo é possível estabelecer uma relação baseada na confiança, empatia, respeito e individualidade. Quando existem barreiras à comunicação, por vezes há necessidade de adotar estratégias para comunicar com pessoas que não conseguem verbalizar, tais como pessoas com traqueostomia, intubadas ou com deficiência. Nestas situações adotei uma comunicação alternativa atendendo às necessidades da pessoa/família, utilizando estratégias como as expressões faciais, gestos, questões de resposta simples afirmativa/negativa, escrita ou então através de um quadro com letras/palavras e imagens (símbolos pictográficos). Estas estratégias são denominadas de comunicação aumentativa, de acordo com a Taveira et al. (n.d.).

O EEEMC além de assumir os cuidados à PSC/família numa vertente técnica, deve ter um papel preponderante na vertente das relações humanas, daí ser capaz de estabelecer uma relação empática e de confiança com a PSC/família promovendo a adaptação da pessoa/família a situações de doença, através de estratégias que reduzam o medo, ansiedade, sofrimento e stress. Nas situações em que pude estabelecer uma relação com a PSC, esta revelou-se como um agente facilitador, reduzindo a ansiedade, stress e medos do desconhecido e auxiliando no processo de adaptação à doença.

Foram diversas as oportunidades que tive de prestar esclarecimentos, transmitir informações e apoiar os familiares aquando das visitas. Adaptei e usei estratégias comunicativas de forma a tranquilizar, a promover a expressão de sentimentos e demonstrei disponibilidade para esclarecer dúvidas e desmistificar de conceitos.

Foi sobretudo no contexto de cuidados intensivos que denotei a influência deste cuidado à PSC/família. Stanhope e Lancaster, citado por Oliveira (2012), referem que um internamento em cuidados intensivos, ocorre de forma inesperada, não tendo as famílias tempo para se prepararem, resultando muitas das vezes num aumento de stress ou mesmo em crise familiar. Esta crise diz respeito ao facto de não conseguirem lidar com um

acontecimento, podendo se tornar desorganizada ou disfuncional. Daí a importância da comunicação e o acolhimento do enfermeiro para a aceitação da doença, sendo o profissional mais próximo do doente, em contexto de cuidados intensivos.

O papel do enfermeiro no acolhimento prende-se com prepará-los para o que vão encontrar, o estado geral do seu familiar e explicar de que forma as visitas podem proceder. É importante dar-lhes uma ideia do que vão encontrar e explicar para que servem muitos dos materiais e máquinas que rodeiam o seu familiar, como os monitores, alarmes, sondas, a necessidade do ventilador, entre outros. Ao fornecer algumas destas ideias sobre o equipamento e seu funcionamento, o contexto de cuidados intensivos é desmistificado, reduzindo o medo que o familiar pode sentir (Oliveira, 2012).

Toda esta experiência permitiu-me compreender a importância da comunicação com a família neste contexto tão complexo, sendo uma competência essencial do EEEMC, a forma de tornar o cuidado mais humanizado, numa estrutura já de si só tão maquinizada, considerando esta uma variável fulcral no cuidado à pessoa em situação crítica e da sua família.

Outro aspeto essencial no cuidar da PSC/família é a comunicação de más notícias, a ter em atenção devido à dificuldade da tarefa e sensibilidade da situação. De acordo com Cardoso (2019), apesar de não haver uma forma única de transmitir uma má notícia, existe um modelo muito difundido e sistemático de fácil memorização, que é o protocolo de Buckman através do modelo de SPIKES (S- *Setting*: preparar o ambiente; P- *Perception*: descobrir o que o doente/familiar já sabe; I – *Invitation*: descobrir o que o doente/familiar quer saber; K – *Knowledge*: partilhar a informação; E – *Emotions*: responder às reações do doente/familiar; S – *Strategy*: planear o seguimento). Tive oportunidade de participar numa transmissão de más notícias através deste modelo na UCIP do CHUP, onde a Sr^a P. foi informada de um diagnóstico médico, nesta situação um glioma inoperável. Foi um momento extremamente delicado, dada ser uma notícia inesperada para a mesma, onde a abordagem foi progressiva, providenciando tempo para a expressão de emoções e dúvidas por parte da doente. Estas são situações de grande vulnerabilidade para a família, onde a gestão da comunicação interpessoal é essencial. Pude refletir sobre a minha experiência, que por vezes é mais importante a forma como transmitimos a informação, que a informação em si. Esta foi uma das áreas em que senti uma maior dificuldade em intervir, pois é sempre uma situação de grande complexidade a nível da comunicação e relacional.

Tendo isto em conta, posso afirmar que desenvolvi competências especializadas na área da gestão da comunicação interpessoal face à situação de complexidade e ao processo

de transição que a pessoa em situação crítica e a sua família vivenciam, sendo capaz de reconhecer a comunicação como agente indissociável dos cuidados de enfermagem, visto ser através desta que a relação terapêutica entre o enfermeiro e a PSC/sua família se estabelece, alcançando assim a humanização dos cuidados.

O pensamento crítico, o conhecimento, a avaliação precisa da PSC, estando preparada para possíveis complicações e focos de instabilidade e a implementação de intervenções, administração de protocolos terapêuticos complexos, como a gestão da dor, a comunicação com a PSC/família, tal como o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, facilitando o processo de transição saúde/doença são competências fundamentais no EEMC à PSC e no contexto da PSN, no sentido de evitar a lesão cerebral secundária. Tendo isto em conta, todas as reflexões e situações vivenciadas, posso concluir que prestei cuidados especializados à pessoa em situação crítica, antecipando complicações e o risco de falência orgânica.

A segunda competência específica conforme enunciado no Regulamento nº429/2018 é: **“Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”**. Esta salienta que o EEMC no ramo da pessoa em situação crítica, perante uma emergência, exceção ou catástrofe atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, objetivando a sua eficácia, sem descurar a preservação de vestígios e indício criminais.

As emergências correspondem a todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecimento ou iminente compromisso de uma ou mais funções vitais (Patrick, 2011). Uma situação de exceção, consiste numa situação pontual em que há um desequilíbrio entre as necessidades existentes e os recursos disponíveis, ao que esta desigualdade implica uma rigorosa coordenação e gestão dos recursos, quer estes sejam humanos, materiais ou técnicos, tal como da informação disponível (INEM, 2012). A catástrofe é definida como um acidente grave ou uma série destes, de origem natural ou tecnológica, sendo capaz de produzir elevados prejuízos materiais e vítimas, causando um grande impacto nas condições de vida e socioeconómicas na área afetada (Lei de bases da Proteção Civil – Decreto Lei Nº 27/2006).

O EEMC tem uma grande relevância nos cuidados à pessoa em emergência, exceção e catástrofe. A sua atuação, para além de conceptualizar, desenvolver e operacionalizar todo o processo de cuidados nas diversas etapas de ação, visa ainda prestar as melhores intervenções à pessoa tratada neste âmbito, de forma a promover e garantir um atendimento integral e oportuno em qualquer que seja a etapa do ciclo vital, grupo ou

comunidade, nas demais situações específicas. Estes cuidados devem ser baseados em prioridades, equitativos, eficazes através da prestação de cuidados com qualidade e eficientes tendo em conta a gestão de recursos e custos em saúde.

Seguindo esta linha de pensamento a DGS (2010) declara que na possibilidade de ocorrência de uma situação destas é imperativo que as instituições de saúde possuam um plano para dar resposta a qualquer um dos cenários que possa ocorrer, que implique, de forma momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes. Na ocorrência de um acidente com multi-vítimas ou catástrofe o funcionamento do serviço de urgência vai sofrer alterações, exigindo das equipas um conjunto de procedimentos médicos de emergência com a finalidade de salvar o maior número de pessoas, proporcionando o melhor tratamento com o uso dos recursos disponíveis.

Durante o meu estágio na UCIP do CHUP consultei o plano de emergência do hospital, sendo que este plano deve ser do conhecimento dos profissionais, está disponível para todos na intranet. Este deve ser estratificado por níveis; ter a sua resposta centrada no SU, sob a responsabilidade do chefe deste serviço; deve prever um modelo de triagem, sendo o usado a triagem de Manchester para catástrofe; deverá ser baseado em cartões de ação que explicam aos profissionais qual a sua tarefa em caso de ativação; a sua ativação deverá ser efetuada pelo contacto do INEM nomeadamente o Centro de Orientação de Doentes Urgentes; deve prever uma zona para acomodar as famílias; deverá prever a necessidade de descontaminação química; deverá ter uma adenda especial para pessoas com protocolo de estado (VIP); deverá prever a necessidade de alteração do funcionamento do hospital, nomeadamente do bloco operatório, cuidados intensivos/intermédios, SU e enfermarias.

O plano contém três níveis: o primeiro resolvido pelo SU, correspondente a um aumento de procura especialmente elevada; o nível dois (situação multivítimas comunicada pelo INEM) com recurso a chamar profissionais em serviço no hospital e o nível três (situação de catástrofe comunicada pelo INEM) com recurso a ajuda externa, nomeadamente profissionais que não estejam de serviço.

Também, tive oportunidade de consultar o plano de catástrofe no estágio do SU do HNM, plano esse que está englobado no Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (Serviço Regional de Proteção Civil, 2020). Neste o primeiro alerta é realizado pela proteção civil e este plano também apresenta 3 níveis tal como no CHUP. Durante este estágio, conheci os kits de triagem, usados em situações de catástrofe. Os kits encontram-se na sala de emergência, organizados de forma a dar resposta

aos diferentes níveis de emergência. Estes kits são constituídos por pulseiras de identificação de cores, requisição de análises numeradas, tubos para colheita de sangue, requisições de exames complementares numeradas e folha de catástrofe numerada, de modo a dar resposta a uma situação desta natureza, em que pode não se saber a identificação das vítimas.

As catástrofes constituem acontecimentos raros e é através de um planeamento adequado que será possível organizar a desorganização; antever e antecipar as intervenções, de modo a melhorar a coordenação dos recursos existentes, sendo para isso necessário formar e preparar os profissionais com recurso a práticas de treino, como cursos de simulações, que permitam melhorar a capacidade de resposta e a metodologia de atuação dos profissionais nestas circunstâncias de especificidades próprias (INEM, 2012).

Estes modelos de simulação devem ter em conta todos os componentes presentes na cadeia da gestão de uma catástrofe (cena, transporte, hospital, coordenação e comando), tal como a participação da equipa multidisciplinar. Para garantir a antecipação de intervenções adequadas face à especificidade em situações adversas o profissional deverá conhecer o plano e modo de atuação neste tipo de eventos, estes são só conseguidos perante uma experiência *a priori* da mesma espécie ou através da participação num modelo de simulação onde é estudado o modo de atuação e todo o planeamento necessário.

De acordo com Lennquist (2012), atualmente, o termo triagem, é globalmente aceite como o método utilizado para identificar pessoas com maior necessidade de cuidados imediatos aquando da confrontação de um grande número de pacientes gravemente feridos ou doentes.

Contudo, conseguir triar e proceder a uma reavaliação da situação de urgência/emergência, exceção e catástrofe é uma tarefa complicada. O EE enquanto elemento diferenciado desempenha um papel basilar no reconhecimento adequado dessas situações. Estes “... desempenham um papel fundamental na deteção precoce de vítimas que necessitam de atendimento (...)” (Viel et al., 2019).

O processo de triagem para ser eficiente requer um enfermeiro qualificado, nomeadamente o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica. O enfermeiro de triagem é quem decide se o cliente necessita de cuidados imediatos ou se os cuidados podem ser prestados mais tarde. O tempo e experiência em urgência/emergência não asseguram que o enfermeiro esteja preparado para a realização de triagem e para o desempenho dessa função é necessária precisão, competência e formação específica em triagem. O enfermeiro deve possuir qualidades específicas recomendadas como uma base de conhecimento vasto, habilidades de comunicação, liderança, interpessoais, executar múltiplas tarefas em

simultâneo, colaborar e trabalhar sob stress, deve deter um forte pensamento crítico, habilidade para educar e delegar tarefas e demonstrar aceitação multicultural (Gilboy, 2011).

Em situações de catástrofe/exceção a triagem, segundo Silva (2019) tem os seguintes objetivos: a assistência precoce; utilização de manobras *life-saving*; documentação das vítimas; controlo do fluxo de vítimas e estabelecimento de áreas de prestação de cuidados/vigilância e a distribuição de profissionais por essas áreas para que se inicie o tratamento.

Segundo Silva (2019), em Portugal o método de triagem primária, em situações de exceção/catástrofe é o método Simple Triage and Rapid Treatment (START). Nesta triagem são utilizados parâmetros fisiológicos como a respiração, a circulação e o nível de consciência. Também é avaliada a capacidade da vítima andar fundamentando-se no grau de gravidade apresentado pelas lesões (Ferreira et al., 2021). Esta triagem é baseada em questões como se Vítima anda? Respira? Frequência Respiratória? Silva (2019) ainda acrescenta questões como: O pulso é palpável? Preenchimento capilar? (se o preenchimento capilar for superior a dois segundos a vítima é considerada como prioridade vermelha; se o preenchimento capilar for inferior a dois segundos, procede-se à avaliação do estado neurológico) Cumpre ordens simples?

No que diz respeito à triagem secundária o método mais utilizado a nível nacional é o Triage Revised Trauma Score. que consiste na avaliação de três variáveis fisiológicas: FR, estado de consciência (com utilização da Escala de Coma de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica. A pontuação é a soma destas variáveis (INEM, 2012).

A área de emergência, exceção e catástrofe é uma área do meu interesse, como tal, optei por consolidar conhecimento nesta área, tendo frequentado uma Pós-Graduação de Emergência Extra-Hospitalar e Cuidados Intensivos em 2018 e o curso de Medical Response to Major Incidents & Disasters (MRMI). Neste curso pus em prática os meus conhecimentos sobre triagem, gestão de recursos humanos e materiais, uma vez que assumi um papel de enfermeira na cena do incidente. Neste cenário tive de realizar uma triagem primária e secundária alocando as vítimas a certas áreas consoante a sua gravidade, tendo o objetivo de salvar o maior número de vítima, em tempo útil e com os recursos disponíveis. Esta foi uma experiência gratificante, onde desenvolvi conhecimentos, partilhei os mesmos e desenvolvi competências no cuidar da pessoa em emergência, exceção e catástrofe.

Outra vertente nesta área corresponde à preservação dos vestígios de indícios de prática de crime, embora a prioridade em contexto de emergência sejam os cuidados à vítima, a preservação de vestígios e a proteção do local, também representam uma ação muito

importante. A preservação de vestígios é muito vasta, dependendo das situações que ocorram e inicia-se de imediato com pequenos gestos e ações que são fundamentais (Janeiro, 2020).

Tendo isto em consideração, embora ao longo dos meus estágios não tenham ocorrido situações de catástrofe, nem simulacros, consegui identificar os planos de atuação e estruturas para uma melhor compreensão da dinâmica e assim desenvolver competências neste ramo.

A terceira unidade de competência presente no documento regulador da especialidade em EMC na área da PSC é **“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil adequadas”**.

Esta competência é de grande relevo devido à complexidade de situações e diferenciação dos cuidados que aumentam o recurso a medidas e dispositivos invasivos, que acarretam com um maior risco de infeção, além da rapidez intrínseca a cada procedimento neste tipo de doentes, torna-se imperativo a implementação de medidas para a prevenção e controlo de infeção.

De acordo com a DGS (2017) as infeções associadas aos cuidados de saúde são consideradas um problema de saúde pública devido ao prolongamento dos internamentos, elevados custos em saúde, aumento de indicadores de morbilidade e mortalidade bem como do uso desmesurado de antibióticos que gera um aumento das resistências antimicrobianas.

As IACS resultam predominantemente devido à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e infeções por microrganismos resistentes, sendo estes o maior foco de atenção na atualidade devido aos perigos que acarreta. Segundo a DGS (2017), se as resistências aos antimicrobianos não forem contidas até 2050 é estimado que por ano morrerão mais de dez milhões de pessoas.

A European Centre for Disease Prevention and Control em 2018 afirmou que um em cada três utentes recebe pelo menos um antimicrobiano em cada dia, muitos dos quais desnecessários, contribuindo para a resistência antimicrobiana. Estima-se que 33000 das mortes na Europa por ano são consequência de uma infeção por bactérias resistentes a antimicrobianos, sendo imperativo a criação de medidas implementadas para a prevenção e controlo da infeção tal como para a resistência antimicrobiana (SESARAM, 2019).

O controlo das IACS está frequentemente associado ao uso em grande escala e inadequado de antibióticos, promovendo o aparecimento de bactérias resistentes e multirresistentes. Deste modo, o controlo de infeção e prevenção de resistências aos

antimicrobianos são considerados dois temas que merecem a nossa atenção e estratégias de intervenção.

Segundo a DGS, as IACS são consideradas um problema nacional, que prejudica o tratamento do utente, causando aumento das taxas de morbilidade e mortalidade, traduzindo-se num impacto económico devido ao consumo acrescido de recursos hospitalares. Um terço da origem das IACS são evitáveis, surgindo a necessidade da adoção de estratégias de prevenção das mesmas através do envolvimento das estruturas organizacionais e equipa multidisciplinar (SESARAM, 2019).

Em ambos os hospitais onde estagiei, existe o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), criado em 2013, de forma a minimizar as IACS, a resistência aos antimicrobianos, baseando-se em intervenções de saúde fundamentadas na evidência científica e potenciar os resultados e ganhos em saúde (SESARAM, 2019).

Ao longo da minha prática procurei garantir a prevenção da infeção, assegurando cuidados de qualidade, gerindo os recursos existentes e cumprindo com as Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI), evitando a transmissão cruzada da infeção. Quanto ao uso de Equipamento de Proteção Individual, este foi sempre calculado tendo o conta o risco de infeção e o cuidado a ser prestado.

Por exemplo, na admissão de cada doente na UCIP do CHUP era realizado o rastreio séptico relativamente à pesquisa de KPC (*Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*) através de uma zaragatoa via retal. A partir da entrada e enquanto aguardava o resultado do teste, era implementado isolamento de contacto, até que apresentasse resultado negativo. À entrada não era realizada a pesquisa de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina, sendo que durante o internamento todos os doentes realizam banho com solução de lavagem com clorohexidina a 4% durante o seu internamento. São usadas esponjas impregnadas com a solução de clorohexidina pelo corpo com especial atenção aos principais locais de alocação de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina, como as axilas e virilhas, evitando a face e os genitais.

Durante o estágio no SU vivenciei situações em que na abordagem na sala de emergência, certos profissionais de saúde que não utilizavam EPI, comprometendo aquele que é o primeiro elo na cadeia de sobrevivência e da atuação em emergência, a segurança. Sempre que tive oportunidade, aludi para esse aspeto, inclusive debati com o meu enfermeiro orientador sobre a importância da segurança nos cuidados.

Tendo tudo isto em consideração, procurei ao longo da prática assegurar cuidados seguros, de qualidade, reforçando a necessidade para a adoção de iniciativas que cooperassem para modificar a atitude perante a controlo e prevenção das IACS, através de medidas como a higienização das mãos, respeito pelos princípios de assepsia, utilização de EPI e a correta articulação dos circuitos de doentes, materiais, equipamentos e resíduos.

Uma das PBCI mais fundamentais é a higienização das mãos, mesmo durante a minha prática profissional esta ação é executada antes do contacto com o doente, antes da realização de procedimentos limpo/assépticos, após o risco de exposição a fluídos corporais ou excreções, após contacto com o doente e após contacto com a superfície do doente, cumprindo assim com os cinco momentos de higienização das mãos.

No que concerne às outras PBCI, a alocação de doentes, denotei que era respeitada nas UCIP onde estagiei, respeitando-se a distância entre unidades e o isolamento de doentes. A DGS referiu em 2018 que as características físicas e funcionamento dos serviços, tais como a constituição das equipas de saúde, a sobrelotação dos serviços, o número reduzido de quartos individuais, a distância insuficiente entre camas, são alguns dos fatores que contribuem para a potenciação do risco de transmissão cruzada de microrganismos em contexto hospitalar.

No SU, devido à sua estrutura, a sobrelotação de doentes, o distanciamento entre os doentes não era respeitado, acarretando com maior risco de transmissão de infeção cruzada. Não obstante, o contexto não ser o ideal, devido a todos os fatores condicionantes já referidos, existia uma preocupação com os doentes imunodeprimidos. Estes eram geralmente acomodados no isolamento da sala de observação. Quando este espaço se encontrava ocupado e havia mais um doente que necessitava de isolamento, a sala de observação e os cuidados especiais eram individualizados com recurso a biombos e cortinas, de forma a salvaguardar a distância entre doentes e prevenir a infeção cruzada. Neste contexto, considero ter sido um modelo na implementação das PBCI e na adesão dos restantes colegas.

Cumpri também com as restantes PBCI: etiqueta respiratória, tratamento do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição segura no local de trabalho. Estas dez medidas supracitas e referidas anteriormente fazem parte da Norma nº 029/2012 da DGS e destinam-se a prevenir a transmissão da infeção cruzada proveniente de fontes conhecidas ou não. As fontes de infeção podem incluir sangue, outros fluidos orgânicos, pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Na

minha prática profissional, sempre que possível após o uso de equipamento médico (monitor de sinais vitais, aparelho de TA, estetoscópio, termómetro, glucómetro, tabuleiros) procedo à sua descontaminação através de toalhetas com base alcoólica quando existentes, quando inexistentes, com compressas impregnada em álcool etílico 70%.

Durante os momentos da visita em que a família estava presente na UCIP, orientei para a importância do cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção, através do correto uso do EPI, higienização das mãos e etiqueta respiratória.

Ainda, ao longo dos ensinamentos clínicos tive como guia de referência os “Feixes de Intervenção” emanados pela DGS, que têm como finalidade a prevenção das IACS associados a determinados dispositivos invasivos como o CVC - prevenção da infeção do local cirúrgico, VMI – prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI) e CV – prevenção da infeção urinária.

De acordo com a European Centre for Disease Prevention and Control, em 2013, num total de 15000 IACS reportadas, as mais frequentes eram as infeções do trato respiratório (onde a pneumonia assume uma percentagem de 19,4%), seguindo-se as infeções do local cirúrgico (19,6%), infeções do trato urinário (19,0%) e infeções da corrente sanguínea (10,7%). Por último, as infeções do sistema gastrointestinal com 7,7%.

Perante estes dados e tendo em conta maior parte dos doentes em CI se encontrar sob VMI, são várias as medidas implementadas no combate à PAI, inclusive na UCIP do CHUP. Segundo Bonten, citado por Reis (2017), a VMI é um fator de risco para o aparecimento de pneumonia, sendo a complicação mais comum em UCI a PAI. Esta patologia ocorre 48 horas após a EOT, sendo desencadeada pela diminuição do mecanismo de defesa pulmonar, ocasionando micro-aspiração (o cuff não permite isolamento total da via aérea), o que facilita a passagem de microrganismos da orofaringe e estômago para as vias aéreas inferiores. De acordo com Matos e Sobral, citado por Reis (2017), a PAI pode ocorrer em até 30% das pessoas sob VMI, sendo que esta aumenta o período de internamento numa média de seis dias. As medidas implementadas englobam a aspiração de secreções com técnica asséptica quando necessária, um posicionamento com elevação da cabeceira a 30°, a higienização da cavidade oral com gluconato de clorhexidina 0,2% de 4/4 horas, além da higienização das mãos e utilização de EPI.

À data de 2021, ocorreu um processo de avaliação da UCIP do CHUP do uso de tubos endotraqueais com aspiração subglótica, permitindo a aspiração de secreções acima do balão do cuff, pois está descrito que essas secreções acumuladas acabam por ser aspiradas contribuindo para o aparecimento da PAI. Numa análise de 10 estudos randomizados,

demonstrou-se que em comparação com os tradicionais tubos endotraqueais, os que possuem aspiração subglótica apresentaram uma diminuição na incidência da PAI precoce, uma diminuição do tempo de ventilação mecânica de 1,55 dias e um aumento do tempo até diagnóstico da PAI em 3,90 dias (Barbas e Couto, 2012).

Esta unidade tem estipuladas várias medidas que visam o controlo da infeção nomeadamente, têm: um protocolo de prevenção da pneumonia associada à intubação; protocolo de prevenção da infeção nosocomial associada aos dispositivos intravasculares (cateter venoso central); utilização de “*checklist*” para inserção de cateteres venosos centrais; auditorias realizadas pela interlocutora do controlo de infeção do serviço uma vez por mês, onde é realizada a auditoria da higienização das mãos e uso de luvas; divulgação das normas emitidas pela Comissão de controlo da infeção e realização de ações de formação regulares nos diversos grupos profissionais.

Importa também salientar que a PSN tem um maior risco de desenvolver infeções devido a uma maior prevalência de imunossupressão e pelas diversas intervenções e tratamento que é sujeito, como a realização de intervenções cirúrgicas, colocação de drenos e cateteres, tal como a VMI. Estima-se que para a PSN internada em UCI o risco de complicações por infeção aumente para 36% quando internado mais de 48 horas. Quando sujeito a craniotomia, 40% desenvolve pelo menos uma infeção, sendo a PAI a mais comum (38%), seguida da infeção do trato urinário (9%), a infeção associada ao local cirúrgico (9%). A meningite pós-operatória ocorre em cerca de 8,6% dos doentes submetidos a neurocirurgia e a infeção associada à ventriculostomia acontece em 22% dos doentes (Busl, 2019).

De acordo com a mesma autora, a PSN é tão suscetível a infeção, pois a lesão cerebral aguda conduz a uma resposta inflamatória, necessária para a reparação da lesão. No entanto, quando esta é prolongada pode levar a uma degeneração neurológica progressiva, tornando a pessoa mais suscetível a infeção.

Face ao exposto, é evidente a importância de apostar na prevenção das IACS na PSN. A utilização de antibioterapia profilática, de acordo com Busl (2019), não demonstra benefício não sendo recomendado. Posto isto, a utilização de *bundles*, através de cuidados estandardizados tem sido o pilar para a prevenção das IACS, nomeadamente das infeções associadas ao CV e ao CVC, da PAI e de modo mais concreto na pessoa em situação neurocrítica, a infeção associada à cirurgia cerebral e decorrente da utilização de cateter PIC e DVE.

No sentido de desenvolver competências especializadas na prevenção e controlo de infeção, procurei conhecer o plano de controlo de infeção existente a nível hospitalar nos

vários serviços em que estagiei, de modo a desenvolver conhecimentos e respeitá-lo, tal como os protocolos inerentes. Também realizei um turno no controlo de infeção na UCIP do CHUP em conjunto com a interlocutora onde pode colaborar na auditoria relativa à higiene das mãos e uso das luvas. Considerei o risco de infeção inerente às múltiplas situações do doente crítico nos diversos contextos, a sua complexidade e a diferenciação de cuidados exigidos com recurso a dispositivos e técnicas invasivas e correspondi eficazmente, adotando medidas para a prevenção, controlo de infeção e resistência antimicrobiana com o objetivo de atingir a qualidade nos cuidados prestados.

Tendo em consideração o trilha de experiências e atividades aqui explanadas, desenvolvidas nos diversos contextos de prática, é evidente a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC. Todavia, este desenvolvimento continua não estando concluído com este relatório de estágio, ficando a garantia de melhoria contínua no meu percurso pessoal e profissional, rumo à excelência dos cuidados.

3. A EDIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), é conferido ao profissional detentor de conhecimentos especializados desenvolvidos no domínio da sua área de intervenção. Este deve ser capaz de demonstrar um julgamento clínico e uma tomada de decisão de elevado nível, pressupondo a avaliação das necessidades em saúde e atuação em todos os níveis de prevenção.

O Decreto-Lei nº 65/2018 - Artigo 15º, enuncia que apenas é atribuído o grau de mestre àqueles que demonstrem: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo de estudos, os desenvolva e aprofunde e que constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O presente relatório expõe o percurso da aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, quer as comuns, quer as específicas do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC, através de relatos das experiências vivenciadas, suportados na reflexão teórica e análise crítica sobre as mesmas, norteado por pressupostos teóricos de enfermagem. Deste modo, pretendo neste capítulo demonstrar de que forma o meu percurso neste mestrado, fomentou a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre supracitadas.

É de salientar que o percurso deste mestrado é baseado em conhecimentos consistentes, apreendidos no 1º ciclo de estudos em enfermagem e com o próprio mestrado em EMC, possibilitando o desenvolvimento de conhecimentos no cuidar. O plano de estudos

do mestrado é composto por unidades curriculares específicas, previamente estabelecidas e estruturas, que pretendem dar resposta ao desenvolvimento de conhecimentos e competências em enfermagem especializada. Além destas, as formações externas também auxiliam no processo de aquisição de conhecimento e partilha dos mesmos. A reflexão teórica sustenta um julgamento crítico baseado na evidência científica e uma tomada de decisão num nível elevado, tendo isto em conta, tive sempre como intuito o desenvolvimento de competências reflexivas ao longo do meu percurso. O trabalho autónomo, através da pesquisa fundamentada de situações vivenciadas diariamente, foi uma ferramenta no meu processo de aprendizagem e comprometimento de melhoria contínua ao longo da vida.

Ao longo dos ensinamentos clínicos tive por vezes dificuldades, por ser confrontada com situações novas e não familiares, que serviram como mote à pesquisa teórica baseada na mais recente evidência científica, motivando a fundamentação do meu processo de decisão no cuidar da PCS/família. O ensino clínico em contexto de cuidados intensivos foi aquele que tive mais ocasiões de cuidar da PSN, instigando assim a investigação e procura das mais recentes guidelines. Esta necessidade surge da própria complexidade que é cuidar deste tipo de doentes e também do querer saber o porquê e fundamentação das intervenções realizadas, procurando a excelência dos cuidados.

Foi também neste âmbito que realizei um estudo de caso fundamentado na PSN sob a metodologia do processo de enfermagem. Este constitui a identidade da profissão de enfermagem, que através de conhecimentos fundamentados, suporta a prática de enfermagem e os seus processos de tomada de decisão. Durante este processo realizei uma avaliação da PSN e família, destacando os focos de atenção e necessidades da pessoa/família alvo dos cuidados. Colhidos e avaliados os dados, formulei diagnósticos de enfermagem, implementando intervenções especializadas sensíveis às necessidades encontradas, por forma a alcançar os resultados esperados.

Este processo de enfermagem foi apresentado e discutido com a professora orientadora e restantes colegas de curso, dando resposta ao enunciado nas competências de mestre, que prevê a capacidade de comunicar conclusões a especialistas e não especialistas de forma clara e efetiva. Esta competência também foi desenvolvida na apresentação de trabalhos ao longo do curso, pondo em prática a mobilização de conhecimentos e por sua vez, a sua comunicação, com recurso a uma linguagem científica. Nas passagens de turno, ao longo das práticas clínicas, também foram momentos em que transmiti e comuniquei informações clínicas sobre os doentes, utilizando uma linguagem clara e assertiva. Além do

mais, este percurso culminará com a discussão pública deste relatório, que evidenciará esta competência desenvolvida.

Durante o ensino clínico em contexto de serviço de urgência e no estágio com relatório foram muitas as oportunidades de desenvolver uma prática em sala de emergência. Posto isto, fui confrontada com situações novas e complexas, permitindo-me estabelecer prioridades nos cuidados, em tempo útil e antecipando focos de instabilidade através da administração de protocolos terapêuticos complexos.

Cuidar da pessoa em situação neurocrítica reveste-se de uma grande complexidade. Um dos principais cuidados prende-se em prever e antecipar o mais precocemente possível alterações da PIC, atuando em conformidade, de forma a prevenir lesões secundárias e consequentes complicações. Neste sentido, a interpretação e compreensão dos dados, através da monitorização invasiva que estes são sujeitos, é essencial na resolução de problemas e na prevenção dos mesmos. Foram várias as situações neste contexto que promoveram a minha capacidade para lidar com questões complexas, e consequentemente obter soluções ou emitir juízos. Destaco uma situação vivenciada com um doente neurocrítico (TCE após acidente com motociclo), em que fui informada na passagem de turno que haviam suspenso a NA. À minha avaliação, embora a PAM estivesse dentro dos parâmetros normais, a PPC encontrava-se inferior ao valor de referência para aquele tipo de doente. Perante este cenário, informei a minha enfermeira de referência e reiniciada a NA, revertendo esta situação e evitando a hipoperfusão cerebral, potenciadora de isquemia.

Realço além do percurso académico a minha participação em cursos externos, como é o caso dos cursos de suporte imediato de vida, SBV-DAE, o MRMI, o *Advanced Cardiovascular Life Support* e o *Pre-Hospital Trauma Life Support*, a realização da Pós-Graduação em Emergência Extra-Hospitalar e Cuidados Intensivos com estágio em âmbito do extra-hospitalar. Todas estas experiências formativas foram fulcrais na construção de um corpo de conhecimentos diversificados para uma prática de cuidados segura, diferenciadora e de qualidade.

Ao longo do mestrado, demonstrei a minha capacidade de desenvolver uma aprendizagem auto-orientada ou autónoma, evidenciada pela realização dos projetos de estágio para cada contexto da prática, nomeadamente o projeto de autoformação no estágio com relatório, facultando-me as ferramentas para uma aprendizagem autónoma, sustentada nos meus interesses e necessidades. Tendo em conta, que selecionei uma temática do meu interesse, planeei os meus objetivos e atividades a desenvolver, de modo a alcançá-los e adquirir e desenvolver competências em EMC na área da PSC.

Posso concluir, por tudo acima referido que no decorrer deste processo formativo fui capaz de demonstrar competências inerentes ao grau de mestre, por meio da aquisição e aprofundamento de conhecimentos fundamentados na mais recente evidência científica. Por sua vez, aplicá-los, pressupondo uma tomada de decisão em contextos complexos, aliando todo o enquadramento, responsabilidade ética, legal e deontológica da minha profissão. Concomitantemente, fui capaz de comunicar as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios a enfermeiros especialista e não especialistas, através da discussão e reflexão prática, aperfeiçoando assim uma aprendizagem autónoma, com a nota de que esta não acaba aqui, pressupondo a qualidade e melhoria contínua nos cuidados de enfermagem prestados.

3.1. Um olhar distinto sobre o cuidar da pessoa em situação neurocrítica

O grau de mestre é auferido àquele que possui conhecimentos e uma capacidade de compreensão, que sustentados em conhecimentos obtidos no 1º ciclo de estudos, é capaz de aprofundá-los, constituindo um corpo de conhecimento.

Para cuidar da pessoa em situação neurocrítica realizei ao longo do mestrado uma revisão da literatura existente nesta temática, fundamentada na mais recente evidência científica, que se encontra plasmada neste relatório no capítulo 1. Como tal, aprofundei a fisiopatologia deste tipo de doente, de modo a identificar e compreender os principais focos de atenção e assim detetar e antecipar possíveis complicações.

Identificar os focos de atenção na PSN, permitiu-me interpretar os dados para uma monitorização mais correta, eficaz e emitir juízos críticos no cuidar da pessoa em situação neurocrítica. Nos serviços por onde passei, embora não apresentassem um grande número de meios de monitorização multimodal neurológica como é casos das Unidades de Cuidados Intensivos Neurocrítica, direcionei a minha vigilância para alguns sintomas clínicos e hemodinâmicos de degradação neurológica.

O cérebro é um órgão em funcionamento contínuo, que quando exposto a um estímulo ambiental e/ou situações que induzam stress apresenta um aumento metabólico. Em casos de lesão cerebral, o seu mecanismo de autorregulação é alterado, não existindo a capacidade de adaptação às necessidades metabólicas.

A intervenção da enfermagem especializada surge como forma de neuroproteção. Proteger o cérebro e por sua vez a pessoa, através da prevenção e controlo da hipertensão intracraniana, é possível através da implementação de intervenções autónomas e interdependentes.

Ao mestre é requerido que saiba aplicar os conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situação não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares. Tendo isto em consideração, ao longo da minha prática implementei intervenções autónomas, no sentido de reduzir os estímulos ambientais e minimizar os efeitos da lesão secundária cerebral. Entre as quais, a minimização da estimulação luminosa e do ruído em cuidados intensivos, através da redução do volume dos alarmes dos monitores e seringas infusoras e das conversas desnecessárias junto do doente. Outra intervenção autónoma era o posicionamento, referido como a correlação direta do retorno venoso cerebral, através da elevação da cabeceira a 30-40° e alinhamento corporal, evitando também a compressão das veias jugulares. Esta intervenção causa uma redução da PIC, traduzida pela redução do volume de sangue, subtraindo parte de um elemento na equação *Monro Kellie*.

Como futura EEEMC e mestre em EMC implementei intervenções interdependentes de forma dinâmica tendo em consideração o contexto multidisciplinar. Em situações em que o doente era submetido a intervenções invasivas e/ou de presença de dor ou agitação, tal como situações em que havia diminuição da PAM, apresentei a capacidade de interpretação e conhecimento teórico para realizar bólus de analgo-sedação ou ajuste momentâneo do ritmo de perfusão como o caso da NA, dando posteriormente conhecimento à equipa multidisciplinar.

Ao cuidar da PSN tinha como objetivo a segurança da mesma, através da criação de um ambiente terapêutico seguro, da antecipação e prevenção de complicações, por meio da vigilância, da interpretação dos dados adquiridos e da adequada resposta face aos focos de instabilidade identificados. Este é um cuidar complexo, não só devido às especificidades fisiopatológicas, mas pelas necessidades de cuidados diferenciados, no sentido da neuroproteção, que me capacitou a lidar com questões complexas e refletir criticamente sobre as mesmas, no sentido de emitir juízos e desenvolver soluções, garantindo sempre a prestação de cuidados diferenciados de qualidade.

A procura do conhecimento científico, através da procura das respostas para as perguntas que nos debatemos todos os dias na nossa prática, é o processo pelo que se dá a evolução da ciência. Pelo que só através da partilha da experiência de cuidados baseados na evidência, o profissional contribui para a evolução da enfermagem como ciência e disciplina, mantendo este ciclo de conhecimento científico. Nesta linha de pensamento é requerido ao mestre ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, a especialistas e não especialistas, de uma forma clara, sem ambiguidades, facto

que se assume como um objetivo a desenvolver por mim no futuro, além da própria discussão pública deste relatório.

A temática da pessoa em situação neurocrítica e a intervenção de enfermagem em termos de neuroproteção é uma realidade em constante atualização e evolução. Pelo que exige da minha parte um compromisso da atualização do meu conhecimento técnico-científico, que me permita uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado, de forma a manter um cuidado de qualidade, que vise potenciar os melhores outcomes à pessoa em situação crítica e família.

CONCLUSÃO

O presente relatório representa o culminar do trabalho desenvolvido ao longo do V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. Este representou para mim um desafio desmedido, que requereu um exaustivo processo de pesquisa, investimento, empenho, dedicação, trabalho e reflexão. Esta reflexão, permitiu o desenvolvimento do meu eu pessoal e profissional, através do desenvolvimento da autoconsciência e autoconhecimento quer como pessoa, quer como profissional, e deu-me as ferramentas para continuar a desenvolver as diversas competências preconizadas para o enfermeiro especialista.

Enfermeiro especialista este que, de acordo com o Regulamento nº 140/2019, desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, demonstrando capacidade de autoconhecimento, em relação a si, na relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional, transformando-o num enfermeiro distinto no cuidar da PSN e sua família.

Olhando o caminho percorrido, concluo que a elaboração deste relatório permitiu a partilha do percurso de desenvolvimento de competências realizado e visa espelhar a análise e reflexão fundamentada das experiências e atividades vivenciadas ao longo dos ensinamentos clínicos, demonstrando a aquisição e consolidação de competências comuns, específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, assim como as competências de 2º ciclo em Enfermagem.

As vivências clínicas comentadas, são prova das competências comuns do Enfermeiro Especialista adquiridas, de acordo com o Regulamento nº140/2019, nomeadamente, no que diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade, à gestão dos cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Nestes domínios analisei e refleti criticamente sobre a minha prática de forma a garantir os direitos humanos, a segurança, a qualidade, a privacidade e a dignidade da PSC, com o intuito de fundamentar tomadas de decisões, atendendo à evidência científica e às responsabilidades sociais, éticas e deontológicas da profissão.

O EEEMC na área da PSC, desempenha um papel importante na prestação de cuidados num ambiente altamente diferenciado, no qual a sua gestão de cuidados e os seus conhecimentos técnicos e científicos são fulcrais para uma resposta de forma integral e de modo a antecipar focos de instabilidade. Este, também funciona como um elo no processo

de transição saúde/doença no cuidar pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e como gestor diferenciado da dor e bem-estar da PSC, que assinala a profissão de Enfermagem. Posto isto, desenvolvi, de igual modo, as competências específicas do EEEMC no ramo da pessoa crítica, tendo como referência o Regulamento nº 429/2018, no que concerne ao cuidar da PSC/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, na resposta às emergências, da conceção à ação, e na prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos. Procurei atender às necessidades da PSC/família, antecipando focos de instabilidade, através da administração de protocolos terapêuticos complexos, fomentando o seu bem-estar e alívio da dor, tendo sempre como foco a prevenção e controlo da infeção. Desenvolvi também competências na área da comunicação, essencial na construção de uma relação terapêutica da confiança, agente facilitador no processo de transição saúde/doença.

Concomitantemente, foram desenvolvidas as competências de mestre, através da aquisição de conhecimentos técnico-científicos e da sua compreensão, na capacidade em integrar os conhecimentos, no seu todo, na formulação de juízos, nas tomadas de decisão e na apresentação de soluções para resolução de problemas, na capacidade em divulgar os conhecimentos adquiridos e da autoformação contínua.

O cuidar da PSN, enfoque na minha prática, é desafiante, quer pela complexidade dos processos fisiopatológicos, quer pelas necessidades específicas em termos de neuroproteção. A antecipação de focos de instabilidade, como a HIC, é essencial de forma a evitar complicações decorrentes da não intervenção precoce. Nesta linha de pensamento, os cuidados prestados à PSN devem ser cuidados especializados, planeados de forma a minimizar a ocorrência de lesões cerebrais secundárias, por enfermeiros com competências e conhecimentos diferenciados, como é o caso do EEEMC na área da PSC.

No que diz respeito às dificuldades sentidas, parte delas estão relacionadas com a gestão do tempo, nomeadamente a conciliação da atividade académica, com a vida pessoal e profissional. Destaco neste âmbito, a crise pandémica que assolou grande parte deste percurso, e exigiu alterações significativas no modo de estudar, do presencial para o on-line, de trabalhar, turnos e turnos sem fim, que nos tirou a pausa necessária para nos organizarmos, e, até no nosso modo de viver, da plena liberdade ao confinamento e afastamento dos nossos mais queridos. Outro aspeto, com significativo peso nas dificuldades sentidas, diz respeito à deslocação para o Porto para a realização do estágio de opção. Situação esta que me tirou da área de zona de conforto e constantemente colocou-se à prova o meu valor longe daqueles que me eram mais próximos.

Contudo, existiram fatores facilitadores desta etapa e que contribuíram para o meu crescimento e processo de desenvolvimento de competências. Primeiramente, foi a disponibilidade da equipa multidisciplinar, particularmente dos enfermeiros de referência, nos diversos contextos da prática, que possibilitaram a integração eficaz na equipa, bem como ao aumento das oportunidades de aprendizagem, facilitando o processo de desenvolvimento de competências. Ainda, considero relevante o papel das professoras orientadoras ao longo dos ensinamentos clínicos e do presente relatório, que através do seu nível de experiência, conhecimento e competências, ajudaram-me a refletir e a construir o meu perfil de enfermeira EEEMC.

Para concluir, considero-me hoje uma profissional mais capaz, mais competente, mais crítica, mais centrada na pessoa alvo dos meus cuidados, mas também mais exigente, com mais vontade de continuar este caminho de crescimento profissional e pessoal. Culmino este relatório com a certeza de que este processo não termina com a discussão pública deste relatório, mas sim como o início de uma etapa de construção, desenvolvimento e procura pela melhoria contínua, segurança e qualidade nos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdullayev, R., Uludag, O., & Celik, B. (2019). Índice de Analgesia/Nocicepção: avaliação da dor aguda pós-operatória. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 69(4), 396-402. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.01.003>
- Araújo, M. S., Dos Santos, M. M. P., Silva, C. J. de A., De Menezes, R. M. P., Feijão, A. R., De Medeiros, S. M. (2021). Posição prona como ferramenta emergente na assistência ao paciente acometido por COVID-19: scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e339. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/NQQ37GpNGFtvRCP4pzFVN9C/?format=pdf&lang=pt>
- Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-cirúrgica. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Barbas, C. & Couto, L. (2012). Tubos endotraqueais com aspiração suprabalonete diminuem a taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica e são custo-efetivos? *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 24(4), 320-321. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/ydTyYbKjvtSFjtJLfb9RtSg/?format=pdf&lang=pt>
- Barradas, C. R. (2018). *Gestão da pressão intracraniana no doente crítico: Intervenção de enfermagem especializada* (Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27915/1/Gest%C3%A3o%20da%20Pr ess%C3%A3o%20Intracraniana%20no%20Doente%20Cr%C3%ADtico%20-%20Catarina%20Resende%20Barradas.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27915/1/Gest%C3%A3o%20da%20Press%C3%A3o%20Intracraniana%20no%20Doente%20Cr%C3%ADtico%20-%20Catarina%20Resende%20Barradas.pdf)
- Barreto, M. L. C. (2017). *Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: Guia orientador de boas práticas de cuidados em Enfermagem* (Projeto de intervenção, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24074/4/GOBPCE%20anexo%20do%20relat%c3%b3rio%20de%20mestrado.pdf>

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trad.). Quarteto Editora.
- Brain Trauma Foundation. (2016). *Guidelines for the management of severe traumatic brain injury* (4th ed.)
https://static1.squarespace.com/static/63e696a90a26c23e4c021cee/t/640b5e97fa1baa040e5c59af/1678466712870/Management_of_Severe_TBI_4th_Edition.pdf
- Busl, K. M. (2019). Healthcare-associated infections in the neurocritical care unit. *Current Neurology and Neuroscience Report*, 19(76). <https://doi.org/10.1007/s11910-019-0987-y>.
- Caetano, C., Lopes, E., Dias, E. & Duarte, S. (2013). *Avaliação da dor no doente em situação crítica*. In 1º Seminário de Enfermagem em Cuidados Intensivos da Beira Interior. <https://doczz.com.br/doc/12326/1%C2%BA-semin%C3%A1rio-de-enfermagem-em-cuidados-intensivos-da-beir...>
- Cardoso, R. (2019). *Competências Clínicas de Comunicação*. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto.
- Castro, C. M. C. S. P. (2019). *Segurança do doente crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde no serviço de urgência geral* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.26/29194>.
- Chang, B., Raker, R. & Garcia, P. (2019). *Monitoramento do índice bispectral e do despertar intraoperatório*. World Federation of Societies of Anaesthesiologists. https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/416_portuguese.pdf
- Chau, J. C. W., Leung, J. K. S., & Yan, W. W. (2021). Gas embolism and hyperbaric oxygen therapy: A case series. *Hong Kong Medical Journal*, 27, 362-365. <https://doi.org/10.12809/hkmj208928>
- Coimbra, N. & Amaral, T. (2016). Acompanhamento de enfermeiro no transporte primário do doente crítico. *Revista Nursing*. https://www.researchgate.net/publication/296361837_Artigo_de_Opiniao_-_Acompanhamento_de_Enfermeiro_no_Transporte_Primario_do_Doente_Critico

- Correia, S. (2013). *Papel do enfermeiro na sala de emergência e no transporte inter-hospitalar do doente crítico: um contributo para a uniformização de cuidados de enfermagem* (Trabalho de Projeto, Instituto Politécnico de Setúbal). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5474/1/Projeto%20S%C3%ADlvia%20Correia.pdf>
- Costa, A. S. de J. (2015). *Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde). Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/18289>
- De Oliveira, C. S. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17(2), 2-8. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23888/1/PE17-2_Artigo1_2_8%281%29.pdf
- Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** Série I. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 01 set. 2023]. Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Despacho nº 5613/2015. **Diário da República** 2ª série. 102 (27/05/2015) 13550-13553. [Consult. 12. Out. 2022]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** 2ª série. 187 (27/09/2021) 96-103. [Consult. 10. Set. 2022]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>>
- Dewan, M., Rattani, A., Gupta, S., Baticulon, R., Hung, Y., Punchak, M., Agrawal, A., Adeleye, A. O., Shrimel, M. G., Rubiano, A. M., Rosenfedl, J. V., & Park, K. B. (2018). Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *Journal of Neurosurgery*, 130, 1080-1097. <https://dx.doi.org/10.3171/2017.10.JNS17352>.
- Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde**. 2017. Acessível na DGS
- Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação**. 2013. Acessível na DGS

Direção-Geral da Saúde – **Circular Normativa nº 09/DGCG: Programa Nacional de Controlo da Dor**. 2008. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%Aancia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos*.
https://www.anci.pt/sites/default/files/ppcirarelanual2018_v3.215112018_0.pdf

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. University Press.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). *Point prevalence survey of healthcare – associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals: 2011-2012*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-0>

Ferreira, B. S. S., Rocha, R. V. C., Oliveira, W. E., Caldeira, A. G. & Aoyama, E. A. (2021). Importância da triagem no atendimento pré-hospitalar no incidente com múltiplas vítimas. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 3(2), 7-14.
<https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/189/155>

Gentile, J. K. de A., Himuro, H. S., Rojas, S. S. O., Veiga, V. C., Amaya, L. E. C., & De Carvalho, J. C. (2011). Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 9(1), 74-82.
<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1730.pdf>

Gilboy, N. (2011). Triagem. In P. K., Howard & R. A. Steinmann (Eds). *Sheehy: Enfermagem de urgência- da teoria à prática* (6ª ed) (pp. 64-78). Lusociência

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de exceção: Manual TAS: Versão 2.0*. [https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf](https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf)

- International Council of Nurses. (2019). *International classification for nursing practice: Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Janeiro, C. I. V. (2020). *Recolha e preservação de vestígios forenses no serviço de urgência*. <https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=0CAIQw7AJahcKEwjY2fGjg7KBAxUAAAAAHQAAAAAQAg&url=https%3A%2F%2Fcomum.rcaap.pt%2Fbitstream%2F10400.26%2F33545%2F1%2FBCTFC113.pdf&psig=AOvVaw10Rsob4ASp2NhPQRcAGb0k&ust=1695053020952654&opi=89978449>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Artmed.
- Le Boterf, G. (2015). *Construir eles compétences individuelles et collectives: agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* (7ª ed.). Eyrolles.
- Lei 27/2006. **Diário da República** Série I. 126 (03/07/2006). [Consult. 7. Set. 2022]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>>
- Lei nº 15/2014. **Diário da República** 1ª Série. 57 (21/03/2014) 2127-2131. [Consult. 11. Out. 2022]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>>
- Lei nº 156/2015. **Diário da República** 1ª Série. (16/09/2015) 8059-8105. [Consult. 11. Out. 2022]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>>
- Lenquist, S. (2012). *Medical response to major incidents and disasters: A practical guide to all medical staff*. Springer.
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(01), 19–30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Martins, J. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 155-162. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16074>

- Mascarenhas, L. (2020). Sobre a necessidade de promover a prevenção primária do traumatismo craniano. *Acta Médica Portuguesa*, 33(3), 213-216. <https://doi.org/10.20344/amp.13241>
- Nascimento, A. (2020). *Transporte do doente crítico: Uma prática de qualidade* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33796/1/BCTFC127.pdf>
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2021). *Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado*. Jones & Barlett Learning.
- National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention. (2014). *Reducing medication errors associated with at-risk behaviors by healthcare professionals*. <http://www.nccmerp.org/reducing-medication-errors-associated-risk-behaviors-healthcare-professionals>
- Neurocritical Care Society (2017). *What is neurocritical care?* <http://www.neurocriticalcare.org/Family-Patient-Resources/What-is-NeurocriticalCare>.
- Nunes, L. (2016). Regulação profissional: Atos profissionais em debate. *Enfermagem em Foco*, p. 14-18. <http://hdl.handle.net/10400.26/19423>
- Oliveira, C. (2017). *Intervenções de enfermagem especializadas na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva na pessoa em situação crítica* (Relatório de Estágio do Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21124/1/Relatório%20de%20estagio%20final%20-%20Carina%20Oliveira.pdf>
- Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M., & Lobo Antunes, P. (2012). Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3), 179-192. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/43/45>
- Ordem dos Enfermeiros - **Parecer nº 14 / 2018: Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência.** Acessível na OE

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia orientador de boa prática: Dor*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer do conselho de Enfermagem nº 119/2018*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10775/parecer-nº-119-ce-09022018-preparação-de-medicação.pdf>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*.
https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Author.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Patrick, V. (2011). Enfermagem de urgência: uma visão histórica. In P. Howaed & R. Steinmann (Eds.). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (pp. 3-8). Lusociência.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744 – 4750.
[Consult. 23 julho. 2022]. Disponível em WWW: <
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>>

Regulamento nº 429/2018. **Diário da República** II Série. 135 (16-07-2018) 19359 – 19370.
[Consult. 23. Out. 2022]. Disponível em WWW:
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>>

Regulamento nº 743/2019. **Diário da República** 2ª série. 184 (25/09/2019). [Consult. 4.
Nov. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F2019>
>

Reis, A. (2017). *Prevenção da pneumonia associada à ventilação na pessoa em situação crítica: Intervenção especializada de enfermagem* (Estágio com Relatório).
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18956/1/RELATORIO%20DE%20ESTAGIO%20FINAL%205MEPSC%20ANDRE%20REIS.pdf>

Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M., Moura, A., & Zanetti, A. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses, and potentialities. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1(71).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>

Schizodimos, T., Soulountsi, V., Lasonidou, C. & Kapravelos, N. (2020). *An overview of management of intracranial hypertension in the intensive care unit. Journal of Anesthesia* 34, 741-757. <https://doi.org/10.1007/s00540-020-02795-7>

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2011). *Regulamento do Serviço de Urgência*. Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2019). *Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números*. Coordenação do PPCIRA. Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2021). *Relatório de Atividades e de Gestão*. Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Silva, T. A. (2019). *A triagem realizada no pré-hospitalar e hospitalar por profissionais em situações de exceção/catástrofe garantindo a continuidade dos cuidados*
Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny – Ana Sofia Pereira

- (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria).
https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4713/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20A%20Triagem%20em%20Situa%C3%A7%C3%B5es%20de%20Cat%C3%A1strofe_TANIA%20ALVES%20SILVA.pdf
- Simões, J. L. (2020). *Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança).
<http://hdl.handle.net/10198/22672>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados: plano nacional de avaliação da dor*. Author.
- Taveira, L., Gaspar, A. C., Martins, A. L., Prata, & Pinto, M. (n.d.) *Comunicação aumentativa: Um departamento da SPTF*. <https://sptf.org.pt/portfolio-items/comunicacao-aumentativa/>
- Teixeira, J. M. F. (2016). *A pessoa em situação crítica com dor intervenção especializada em enfermagem* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/16487>
- Verde, B. C. C. (2013). *Contributo para a implementação do método por enfermeiro de referência* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16189/1/Contributo%20para%20a%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20do%20MER%20_%20Relatorio%20de%20oestagi.pdf
- Vidal, R. (2020). *Cuidados de enfermagem especializados: Prevenção de úlceras por pressão no doente crítico* (Relatório de mestrado, Universidade Católica de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.14/32467>
- Viel, I., Martuchi, S. & Nogueira, L. (2019). Factors associated with interhospital transfer of trauma victims. *Journal of Trauma Nursing*, 26(5), 257–262.
<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000452>
- Villanueva, M. A. M., & Ruivo, M. A. G. (2022). Gestão da pic no doente crítico com tce grave, intervenções de enfermagem: revisão de escopo. *Revista Ibero-Americana*

*O desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação neurocrítica:
da sala de emergência aos cuidados intensivos / 2023*

de Humanidades, Ciências e Educação, 8(10), 13-35.

<https://doi.org/10.51891/rease.v8i10.7038>