



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Promoção do conforto na pessoa em situação crítica
vítima de trauma vertebral medular – Intervenção
especializada de enfermagem**

Cátia Isabel Mateus Guerreiro



**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Promoção do conforto na pessoa em situação crítica
vítima de trauma vertebral medular – Intervenção
especializada de enfermagem**

Cátia Isabel Mateus Guerreiro



Orientador: Professor Filipe Ramos



**Lisboa
2023**

Contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

A concretização deste percurso de desenvolvimento de competências resultou não só do querer intrínseco, mas foi amplamente motivado, estimulado e incentivado por um encadeamento de acontecimentos com os quais me debati ao longo do percurso e de pessoas com as quais me cruzei, e que foram importantes intervenientes e parceiros desde caminho, devendo-lhes o justo agradecimento.

Ao Senhor Professor Filipe Ramos, pela sua sábia orientação, apoio e disponibilidade, pelo seu conhecimento e saber, pelas críticas e opiniões, pela sua total confiança e colaboração no solucionamento de dúvidas e questões que surgiram no decurso do caminho, mas essencialmente pela humanidade que sempre pautou o seu acompanhamento.

Às equipas multidisciplinares dos diferentes locais de estágio, que me concederam a oportunidade de me sentir sempre integrada, demonstrando elevada disponibilidade para dar resposta às necessidades deste percurso académico.

Aos enfermeiros orientadores dos diferentes locais de estágio, não só pela disponibilidade, mas pelo empenho, a partilha de conhecimento e a entrega que revelaram na aceitação do desafio de orientação.

À minha família e amigos, ressalvo o apoio, o suporte, a paciência, mas acima de tudo a motivação e a coragem que sempre me devolveram nas horas de dúvida e de cansaço.

Porque este é um percurso de todos eles e apenas possível por eles, a todos a minha gratidão e reconhecimento.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – *American Psychological Association*

ASIA – *American Spinal Injury Association Impairment Scale*

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CT – Centro de Trauma

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto Lei

DR - Diário da República

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxigenation*

ENA - *Emergency Nurses Association*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM- Ordem dos Médicos

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RRH -Rede de Referência Hospitalar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SR – Sala de Reanimação

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TVM – Trauma Vertebro Medular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

W – Via Verde

RESUMO

A pessoa vítima de trauma vertebral medular exige cuidados de enfermagem diferenciados e complexos, e a promoção do conforto procura uma prática centrada na perspectiva da pessoa que se encontra a vivenciar essa realidade, num ambiente altamente tecnológico e desconhecido, como são os serviços de urgência e as unidades de cuidados intensivos. A intervenção do enfermeiro especialista, tanto através da prestação direta de cuidados altamente diferenciada como através da implementação de programas da qualidade de cuidados, contribui para a diminuição da morbidade e da mortalidade das pessoas vítimas de trauma.

A escolha da temática “A promoção do conforto na pessoa em situação crítica vítima de trauma vertebral medular – intervenção especializada de enfermagem”, resultou quer de motivações internas, pela crescente problemática do trauma, como também pelo contexto onde existe um confronto diário com a temática e a necessidade de aquisição de competências de mestre e especializadas. Sendo o ato de confortar uma competência do enfermeiro (Benner, 2001) e o conforto um resultado esperado pela implementação de intervenções de enfermagem (Kolcaba, 2003), o entendimento da sua multidimensionalidade valida-se como uma intervenção especializada. De modo a nortear o processo formativo, a Teoria do Conforto de Kolcaba e o quadro concetual oferecido por Benner, serviram de sustentação ao desenvolvimento das competências.

O percurso desenvolvido na aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e especializadas na área da pessoa em situação crítica, encontra-se explanado no presente relatório e decorre da realização de um estágio num serviço de urgência e numa unidade de cuidados intensivos. É apresentada a fundamentação do tema e enquadramento teórico, bem como a análise e reflexão do processo de desenvolvimento de competências concretizadas em cada contexto.

Este relatório pretende espelhar a reflexão sobre a prática, o questionamento sobre temas complexos vivenciados em estágio, bem como os ganhos que decorreram da interação com peritos, dos momentos de aprendizagem e mobilização de saberes, expondo o culminar da apropriação de competências no cuidar a pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: conforto; enfermagem em cuidados críticos; pessoa em situação crítica; traumatismo da medula espinhal.

ABSTRACT

The person victim of spinal cord trauma requires specialized and complex nursing care, and the promotion of comfort seeks a practice centered on the perspective of the person experiencing this reality, in a highly technological and unfamiliar environment, such as emergency services and intensive care units. The intervention of the specialist nurse, both through the direct provision of highly specialized care and through the implementation of quality care programs, contributes to the reduction of morbidity and mortality of individuals affected by trauma. The choice of the theme "Promoting comfort in the critically ill person victim of spinal cord trauma - specialized nursing intervention" resulted from both internal motivations, due to the increasing problem of trauma, as well as the context where there is a daily confrontation with the theme and the need to acquire master's and specialized competencies. Comforting is a competence of the nurse (Benner, 2001) and comfort is an expected outcome of nursing interventions (Kolcaba, 2003), understanding its multidimensionality validates it as a specialized intervention. In order to guide the formative process, Kolcaba's Comfort Theory and the conceptual framework offered by Benner served as a support for the development of competencies.

The journey undertaken in acquiring and developing master's and specialized competencies in the area of the critically ill person is explained in this report and stems from an internship in an emergency department and an intensive care unit. The report presents the rationale for the theme and theoretical framework, as well as the analysis and reflection on the process of developing competencies carried out in each context. This report aims to reflect on practice, question complex themes experienced during the internship, as well as the gains resulting from interactions with experts, moments of learning, and mobilization of knowledge, exposing the culmination of the acquisition of competencies in caring for the critically ill person.

Key Words: comfort; critical care nursing; person in critical condition;
spinal cord injury

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 19 |
| 1.1 A pessoa vítima de trauma vertebral medular | 19 |
| 1.2 Pessoa em situação crítica vítima de trauma vertebral medular..... | 22 |
| 1.3 Promoção do conforto na pessoa vítima de trauma vertebral medular..... | 23 |
| 2. ANÁLISE DO PERCURSO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS..... | 30 |
| 2.1 Cuidar a pessoa em situação crítica num serviço de urgência..... | 31 |
| 2.2 Cuidar da pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos..... | 51 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 62 |
| REFERÊNCIAS | 66 |
| ANEXO I - <i>American Spinal Injury Association Impairment Scale</i> | |

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem vindo a afirmar-se como profissão, ao consolidar a sua base de conhecimentos difundindo-os e procurando afirmar a sua autonomia face a outras profissões ligadas à prestação de cuidados de saúde. Trata-se de um repositório de “saberes e processos centrados nas respostas humanas e no autocuidado com o objetivo de agir sobre o estado de saúde de forma a promover a melhor qualidade de vida possível ou proporcionar uma morte serena” (Abreu, 2007, p.40).

Pensar na enfermagem como arte, conduz-nos ao início do percurso, voltar a pensar no porquê da escolha desta profissão, o que nos conduz a trilhar este caminho, o que nos impulsiona a querer fazer mais e melhor, mas também de que forma o caminho percorrido nos molda e transforma, e de que modo integramos os ganhos e aprendizagens obtidas através da experiência e da pesquisa. Tal como Grácio (1980) refere, “a educação deve fornecer os saberes e instrumentos do saber; deve preparar o educando para a formação autodirigida e para a autonomia, de modo a prepará-lo para a vida” (conforme citado por Carvalhal, 2003, p.4).

De acordo com o artigo 88º do Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) republicado na Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, o enfermeiro deve procurar a excelência do exercício através da “atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, p. 8080).

Portanto, a enfermagem tem vindo a desenvolver-se de forma consistente e faseada ao longo das últimas décadas, sendo bem visível a sua evolução através da redefinição de conteúdos funcionais, bem como na redefinição dos conteúdos programáticos que conduziram à integração do curso de enfermagem no sistema de ensino superior.

Numa fase inicial era conferido o grau de bacharel, contudo em 1999 existe uma evolução e o ensino de enfermagem pré-graduado reporta-se ao grau de licenciado (Silva, 2007). A licenciatura em enfermagem possibilita e garante a formação de enfermeiros de cuidados gerais, assegurando a sua formação científica, técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e à sua família ao longo do seu ciclo de vida.

Assume-se que a enfermagem é uma profissão vocacionada para o cuidado, o cuidado da pessoa, inserida numa família e em determinada comunidade, visando promover, manter e restabelecer a saúde, o que motiva a que a sua área de atuação seja altamente diversificada e abrangente, perpassando os diversos meios onde a pessoa se mobiliza e desenvolve (Silva, 2007).

No percurso de qualquer enfermeiro importa, portanto, conceber e construir o seu caminho enquanto profissional e desenvolver conhecimentos e competências na área de atuação onde concebe a existência de características intrínsecas e extrínsecas que o motivam a uma prossecução contínua na aquisição, desenvolvimento, consolidação e excelência do cuidado.

O artigo 4.º do Decreto-Lei (DL) n.º 161/96 de 4 de setembro do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros (REPE) define Enfermagem 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.

(DL nº161/96, 1996, p.2960).

A formação pós-graduada em enfermagem, nomeadamente o 2º ciclo de formação, permite ao enfermeiro, assegurar a aquisição de uma especialização de natureza profissional. No que diz respeito ao grau de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica, este é atribuído aos detentores de conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010). De acordo com o DL n.º 65/2018 de 16 de agosto,

(...) o grau de mestre é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação (...) acrescentando, neste sentido, que um Mestre é capaz de (...) 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.

(DL nº65/2018, p.4162).

Acresce, que o grau de Mestre é conferido “numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (DL nº65/2018, p.4162)

Acrescenta-se ainda, que de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica publicado em Diário da República [DR], 2ª Série, nº 135 de 16/07/2018, as competências específicas do enfermeiro especialista centram-se também no cuidado à pessoa, família / cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento nº 429/2018, p. 19359).

O objetivo da formação consiste em contribuir para o desenvolvimento de um enfermeiro, cujo perfil é determinado tanto por conhecimentos como por aptidões (Hesbeen, 2000). É nesta atualização permanente de saberes que se fundamenta a necessidade de formação e aprendizagem ao longo da vida profissional, exigindo do enfermeiro investimento e motivação na atualização dos conhecimentos.

Segundo o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências, proposto por Benner (2001), o desenvolvimento de competências implica a transição entre níveis que se inicia no iniciado e culmina no nível de perito. Neste processo de crescimento profissional, a evolução de níveis envolve a apreensão de conhecimentos através do tempo e da experiência, com recurso à aprendizagem experiencial e ao raciocínio crítico para a tomada de decisão (Benner, 2001). Segundo este modelo, com a experiência e o domínio, a competência transforma-se e esta mudança conduz a uma melhoria das intervenções (Benner, 2001).

A minha pretensão é a aquisição do nível de perito, alguém que domina o conhecimento, que age de forma intuitiva por apresentar uma compreensão da globalidade da situação (Benner, 2001). Este nível é alcançado através de “uma aprendizagem experiencial que, executada em ambientes de alto risco requer o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade” (Benner, 2001, p.13). O exercício especializado de enfermagem no que concerne aos cuidados críticos é valorizado pelo julgamento e sabedoria clínica, em que o enfermeiro procede à reflexão sobre as suas aprendizagens experienciais, simultaneamente, com a busca pelo saber. A elevada complexidade conduz a que exista um desenvolvimento de competências específicas que se fortalecem pela associação entre os saberes práticos e os saberes

teóricos. Desta forma, torna-se fundamental desenvolver um elevado nível de capacidades, raciocínio e julgamento clínico (Benner, et al., 2011).

A escolha do tema “Promoção do conforto da pessoa vítima de trauma vertebral medular – Intervenção especializada de enfermagem” foi determinada por motivações inerentes ao meu exercício de cuidados e por ser uma área de interesse pessoal. A pessoa vítima de trauma grave é por si só uma pessoa em situação crítica (PSC) com necessidades particulares, que se encontra abruptamente numa situação de maior fragilidade, experienciando, entre outras, sensações de mal-estar, dor, ansiedade, medo, desconforto (Wright, 2012). Torna-se, por isso, um desafio para os profissionais de saúde cuidar destas pessoas de forma holística, uma vez que estes foram subitamente desenraizados do seu ambiente sociofamiliar e vivenciam uma experiência traumática.

A PSC tem sido uma área de interesse inerente a todo o meu percurso profissional, efetivamente, não tive a oportunidade de trabalhar exaustivamente naqueles que são considerados os cenários major de abordagem à PSC, nomeadamente, em Serviço de Urgência (SU) ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tendo apenas uma experiência por um SU enquanto aluna de pós-graduação na área da PSC. Ainda assim, olhando para a minha vivência e experiência profissional, é indiscutível que diariamente cuido de pessoas em situação de vulnerabilidade, em questionamentos constantes sobre a sua evolução de saúde / doença, com uma família que atravessa uma situação de crise, ou seja, na prática, posso dizer que trabalho na situação aparentemente calma e controlada de enfermagem, que se preconiza que “o pior já passou”, mas ainda assim, somos muitas vezes chamados a lidar com situações agudas e mais ou menos esperadas, de pessoas em situação de instabilidade e necessidade de cuidados diferenciados com uma abordagem específica. Partindo deste percurso, e tendo por base a PSC, bem como a minha experiência profissional na área de Ortopedia, destacou-se o especial interesse pela pessoa vítima de Trauma Vertebral Medular (TVM) e a assistência diferenciada à mesma, tendo como finalidade a aquisição de competências enquanto enfermeiro mestre e especialista na PSC. Portanto, a escolha da temática prende-se não só com motivações intrínsecas, mas também pela crescente problemática do trauma, e igualmente pela experiência em contexto de enfermagem com pessoas vítima de trauma, numa fase posterior, mas em que surge várias vezes a referência no discurso ao reconhecimento da experiência inicial de admissão no SU e permanência na UCI, como

altamente stressante e definidor do restante percurso, atendendo à forma como decorreu a experiência prévia.

Num contexto de mudanças contínuas e profundas na sociedade e no âmbito da saúde, a formação de enfermeiros deve constituir um instrumento de mudança para o futuro, imprimindo e estimulando as capacidades de inovação, de criatividade e de resolução de problemas/ desafios que surgem diariamente (Carvalho, 2003). Deste modo, partindo daquelas que são as motivações intrínsecas para o estudo da temática, compreende-se que se trata de uma área na qual já presto cuidados diariamente, sendo dessa mesma experiência, que advém a necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências. Como em qualquer processo de aprendizagem, está implícita a necessidade de refletir e repensar na ação. Segundo Alarcão (2001), ser competente é ser possuidor de um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, objetivos e atitudes que se revelam nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias. Realça-se, portanto, que a competência está ligada aos diversos comportamentos que condicionam a ação e refletem a eficácia e/ou eficiência. Valida-se como essencial, que ao longo do percurso nos diferentes contextos laborais se promova a aquisição de competências e uma intervenção eficaz e de qualidade por parte dos enfermeiros (Mendonça, 2009).

Este relatório, surge assim, com a finalidade de promover uma análise reflexiva do percurso realizado ao longo do 3º semestre do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), na qual existiu o desenvolvimento de competências na área dos cuidados de enfermagem e promoção de conforto da PSC vítima de TVM.

Este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências foi contruído de acordo com os eixos orientadores do DL nº74/2006 de 24 de março que regulamenta a organização do ensino superior em três ciclos (DL nº74, 2006), os Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Formação (*Initiative*, 2004; Direção-Geral do Ensino Superior, 2008), o plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2010) e o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC publicado em DR 2ª Série, Nº.135 de 16 de Julho de 2018 (Regulamento nº 429/2018).

O presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos, sendo o primeiro o enquadramento teórico, onde são definidos os conceitos fundamentais da temática,

assim como o quadro teórico de referência em que é sustentada a temática – Teoria do Conforto de Kolcaba (Kolcaba, 1991), bem como o recurso à autora Patricia Benner, que na sua obra “De iniciado a Perito” , inclui a prestação de medidas de conforto na “função de ajuda”, apresentando uma lista de oito competências inerentes à “função de ajuda”, que o enfermeiro perito deve desenvolver na prestação de cuidados à PSC. (Benner, 2001).

No sentido da clarificação daqueles que foram os conceitos fundamentais, foi efetuada uma pesquisa avançada e elaborada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

O segundo capítulo contempla a análise do percurso formativo, onde se encontra a finalidade, objetivos e atividades desenvolvidas nos estágios realizados em contexto de urgência e de cuidados intensivos. Este segundo capítulo, encontra-se ainda dividido em dois subcapítulos que demonstram o percurso nos dois contextos distintos onde foi realizado o estágio, onde se elencam as atividades e competências adquiridas e desenvolvidas de forma a dar resposta aos objetivos propostos.

A construção do presente relatório de estágio foi efetuada segundo a 7ª edição das normas APA (*American Psychological Association*), conforme descritas no Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2023) e encontra-se escrito conforme o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O tema do projeto desenvolvido “Promoção do conforto na pessoa em situação crítica vítima de trauma vertebro medular: Intervenção especializada de enfermagem”, foi o pilar que norteou a construção de todo o relatório, motivo pelo qual se torna preponderante iniciar o enquadramento pela definição dos conceitos inerentes à temática selecionada. Assim, neste capítulo é apresentada primeiramente a contextualização do tema, onde são definidos os conceitos chave, nomeadamente, a evolução da abordagem na pessoa vítima de trauma e a importância da promoção do conforto na pessoa vítima de trauma. Posteriormente, é explicitada a fundamentação teórica do tema com o enquadramento na corrente de pensamento em enfermagem e teórica escolhida para o estudo.

1.1 A pessoa vítima de trauma vertebro medular

O trauma continua a ser uma das principais causas de mortalidade e morbidade em todo o mundo, correspondendo a cerca de 5,8 milhões de mortes por ano a nível mundial (*American College of Surgeons - Committee on Trauma, 2012*), sendo uma das causas major de recurso aos SU e permanência nas unidades de saúde. Segundo os mesmos autores os acidentes de viação e de trabalho, as quedas, as tentativas de suicídio e a violência interpessoal são os fatores etiológicos mais importantes no trauma.

Em Portugal, segundo o Relatório Anual de Sinistralidade Rodoviária (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2021) entre janeiro e novembro de 2021 registaram-se 26.317 acidentes com vítimas, dos quais resultaram 357 vítimas mortais, 1.911 feridos graves e 30.761 feridos leves. Embora exista uma redução dos números em relação ao ano anterior, representa ainda uma grave problemática.

Em todo o Mundo, cerca de 10% das mortes estão relacionadas com o trauma, e é a principal causa de morte e incapacidade entre crianças e adultos, entre os quatro e os quarenta e quatro anos de idade. As lesões medulares, particularmente as lesões ao nível da região cervical, são raras nesta faixa etária, contudo estão associadas a incapacidade significativa ou morte. Nos Estados Unidos da América é estimada uma taxa de incidência anual de 40 por milhão por ano, enquanto na Europa Ocidental é de cerca de 16 milhões por ano. Entre todas as lesões relacionadas com o trauma, em caso de sobrevivência, as lesões ao nível da medular cervical estão entre as que mais restringem a vida. 50% de todas

as lesões medulares comprometem a coluna cervical. Cerca de 16% de todas as lesões ocorrem ao nível C3 ou superior.”

(Kamp et al., 2021, p.2).

Verifica-se ainda no que concerne à pessoa vítima de trauma, é dado elevado destaque à pessoa vítima de TVM, sendo que

“nos últimos anos, a frequência de lesões traumáticas da coluna cervical superior (...). As fraturas de C1 e C2 são responsáveis por aproximadamente 2-15% e 17-25% das lesões agudas na coluna cervical, respetivamente. Essas lesões decorrem principalmente de traumas por queda (...). Entre todas as lesões na coluna cervical, a proporção de fraturas na coluna cervical superior é de aproximadamente 69% em idosos, contra aproximadamente 36% em adultos jovens”

(Morita et al., 2017, p. 544).

Kang e colaboradores (2017) apontam para uma incidência mundial em TVM de 13.0 por milhão a 163.4 por milhão de pessoas, variando nos países desenvolvidos entre 13.1 a 163.4 por milhão de pessoas e nos países não desenvolvidos entre 13.0 a 220.0 por milhão de pessoas (Kang et al., 2017).

A mais recente estimativa da incidência anual de lesão medular, refere-se aos Estados Unidos da América (EUA), indicando aproximadamente 54 casos por milhão de pessoas, o que equivale a cerca de 17.900 novos casos de lesão medular a cada ano, para uma estimativa de 330 milhões de habitantes em 2020. De referir, ainda, que nestes dados não estão incluídos o número de pessoas que morrem no local do acidente, que causou a lesão medular (*National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2021*).

De acordo com a *International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis* estima-se que em cada ano mais de 130 000 pessoas que sobrevivem a um trauma medular, iniciam uma nova e diferente vida condicionadas a uma cadeira de rodas por 40 ou mais anos, visto que a maioria dos casos ocorre em jovens adultos, entre os 16 e os 30 anos. Por este motivo, a lesão medular chega a ser considerada como uma epidemia global, principalmente no mundo ocidental (OE, 2009). Esta pode ser definida como “(...) uma entidade clínica caracterizada por disfunção, transitória ou permanente, das normais funções motoras, sensitivas e autonómicas da medula espinhal” (Melancia, 2018, p.254).

A lesão medular primária tem uma etiologia mecânica, e resulta da disrupção, transecção ou distracção do tecido nervoso e é frequentemente consequência da compressão por

fragmentos ósseos, material discal ou hematoma epidural, subdural ou intramedular. A distracção longitudinal, associada ou não a um mecanismo de flexão / extensão pode também resultar em lesão medular primária sem fratura ou luxação.

(Melancia, 2012, p.254).

De acordo com vários estudos, estima-se que 89 % de todas as pessoas vítimas de trauma têm fraturas da coluna cervical e torácica (Barradas, 2008). Constata-se, que as lesões traumáticas vertebro medulares, são entidades que afetam de forma particular uma população relativamente jovem. Cerca de 40% das lesões resultam de acidentes de viação; 20% a 30% são consequências de quedas, quer num contexto de queda vertical em altura, quer relacionadas com o mergulho em praias e piscinas, resultando os restantes 30% a 40% dos casos de acidentes de trabalho, desportivos ou traumatismos por armas de fogo (Melancia, 2012).

Atualmente, de forma a realizar uma avaliação cuidada do nível neurológico da lesão e do tipo de lesão recorre-se a escalas de classificação, em particular a *American Spinal Injury Association Impairment Scale* (ASIA). A escala de avaliação neurológica ASIA (Anexo I) é constituída por uma escala de avaliação motora e por outra de avaliação sensorial e pela avaliação da presença ou ausência da função sagrada. Segundo a ASIA, 32% das pessoas vítimas de TVM ficam com uma tetraplegia incompleta, 28% com paraplegia completa, 21% com paraplegia incompleta e 19% com tetraplegia completa (Barradas, 2008, conforme citado por *American Spinal Injury Association* [ASIA], 2000).

Ao nível da realidade portuguesa, verifica-se a existência de aproximadamente 350 novos casos de vítimas de TVM, sendo predominantemente afetados os adultos jovens do sexo masculino, decorrente de acidentes de viação e atropelamentos, mas também de quedas acidentais, desportos radicais, acidentes de mergulho e atos de violência (Pappamikail, 2019).

“A lesão vertebro-medular traumática é potencialmente devastadora, com potencial de disfunção motora, sensitiva, respiratória, esfíncteriana, neurovegetativa, com importante repercussão emocional e psíquica para os doentes e seus familiares.” (Pappamikail, 2019, p.11). De um ponto de vista social, constata-se que cerca de metade das pessoas com lesão medular são casadas, pelo que estatisticamente estão ligeiramente mais propensas ao divórcio ou à separação, enquanto as pessoas solteiras, no momento da lesão, têm menos probabilidade de se casarem. Perto de 58% das

pessoas estão empregadas no momento da sua lesão e ao fim de um ano só cerca de 11,6% permanecem empregadas. No entanto, este valor tende a aumentar para 35,2% após vinte anos (Boswell & Menaker, 2013).

Cerca de 3 a 25% das pessoas com lesão cervical têm complicações destas lesões, como resultado de atrasos no diagnóstico ou de manipulação e cuidados inadequados no SU. Por esta razão é fundamental a existência de cuidados de enfermagem de elevada qualidade e especializados neste grupo de pessoas (Hughes, 2003).

1.2 Pessoa em situação crítica vítima de trauma vertebro medular

Sendo a problemática deste relatório centrado na PSC, importa definir primeiramente quem é esta PSC. A PSC define-se como aquela que “não é mais capaz de manter de forma independente a estabilidade fisiológica (...) é tipicamente dependente da vida em terapia intensiva contínua e da tecnologia de suporte” (Benner, et al., 2011, p. 74). Valida-se, assim, que a sua definição se encontra intrinsecamente relacionada com a necessidade de dependência na qual a pessoa se encontra e que lhe assiste pela disfunção fisiológica latente. De acordo com o enquadramento legal existente, a PSC “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018, p. 19262).

Considerando, que se trata de alguém cuja vida se encontra ameaçada, e enquanto enfermeiros, assentamos a nossa doutrina no pressuposto de que o cuidar em enfermagem surge enquanto essência da profissão, devendo os cuidados de enfermagem ser altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidade, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento 429/2018). Desta forma, torna-se extremamente importante que o enfermeiro tenha a capacidade para abordar, a PSC, de forma global, integrada e multidisciplinar. Estas pessoas são complexas, tornando-se assim cada vez mais importante a especialização do conhecimento. A dependência a que estão sujeitas e o facto de vivenciarem uma situação de urgência e de declínio súbito do seu estado de saúde, desenvolve por si só, quer na PSC, quer na sua família, elevados níveis de stress,

medo, insegurança e ansiedade, crescendo, desse modo a sua vulnerabilidade (Blom, et al., 2013; Mendes, 2016).

Pela definição prévia de PSC, torna-se evidente que a pessoa vítima de trauma é *per si* uma PSC com necessidades particulares. O TVM pode apresentar vários graus de gravidade mediante o tipo de lesão e o nível da mesma. Dessa forma, pode apresentar-se como quadros de lesão ligamentar isolada, por um lado, a lesões medular completas por outro, sendo que a lesão medular a nível cervical ou dorsal alto (acima de D5), resulta, de um modo geral, num quadro de hipotensão, hipoxemia e insuficiência ventilatória. Mesmo que uma pessoa vítima de TVM se apresente inicialmente estável, deve ser tido em consideração o elevado risco de deterioração neurológica secundária, que pode conduzir, nas horas ou dias seguintes, a um quadro de instabilidade hemodinâmica e ventilatória (Ponce et al., 2015).

Portanto, esta pessoa é uma PSC, que se encontra abruptamente numa situação de maior fragilidade, com experiência de sensações de mal-estar, dor, ansiedade, desconforto. Dar uma resposta holística é um desafio para os profissionais de saúde, visto que estamos perante a vivência de uma experiência traumática e simultaneamente perante um desenraizamento do ambiente sociofamiliar (Aro et al., 2012).

1.3 Promoção do conforto na pessoa vítima de trauma vertebro medular

As pessoas vítimas de trauma exigem cuidados de enfermagem diferenciados e complexos, e a promoção do conforto procura uma prática centrada na perspetiva da pessoa que se encontra em sofrimento num ambiente altamente tecnológico.

O paciente e a família enfrentam uma crise de desconforto gerada pela privação do convívio, a possibilidade de perda, a mudança na rotina da vida familiar e a necessidade de adaptação às rotinas da instituição (...). Outras causas de desconforto nos pacientes são a estimulação excessiva que recebem por fatores ambientais, como as luzes continuamente acesas, o ruído de funcionários e equipamentos da unidade, seja por intervenções, como a administração de terapêutica.

(Ponte et al., 2019, p.926).

O termo conforto é utilizado amplamente nos diferentes contextos de cuidados, sendo passível afirmar que o conforto é um termo com amplo significado histórico e

contemporâneo para a enfermagem. Desde a época de Florence Nightingale que é definido como um resultado ou objetivo desejável no cuidado de enfermagem

... o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia

(Nightingale, 2005, p.132).

Corroborar-se que a enfermagem tem por objetivo auxiliar as pessoas na manutenção das suas capacidades vitais, suprimindo todas as suas necessidades. Assim sendo, evidencia que a enfermagem é uma prática não curativa, ou seja, o processo de recuperação da pessoa doente depende de ações naturais, que conduzem ao suprimento das suas necessidades e por consequência ao atingimento de um estado de conforto (Nightingale, 1859).

Segundo o *Oxford English Dictionary* de 1989 *as cited in* Kolcaba & Kolcaba (1991), a etimologia da palavra conforto deriva da palavra latina *confortare*, que significa dar forças, fortalecer, revigorar, dar alento de forma nobre ou grandiosa.

Identifica-se que o diagnóstico de déficit de conforto, surge como um dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes nas pessoas vítimas de trauma (68,3%) a seguir ao risco de infeção, à ameaça à integridade cutânea e à dor aguda (Sallum & Sousa, 2012).

É dada especial relevância a esta temática por diversas entidades, nomeadamente, *Emergency Nurses Association* (ENA) – a implementação de medidas de conforto na abordagem à pessoa vítima de trauma grave após a avaliação inicial e a implementação de medidas de SAV, com vista ao controlo da dor, alívio do desconforto físico e psicológico (ENA, 2014); bem como o Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular, onde é dado especial ênfase ao conforto, colocando-se o mesmo como preponderante logo após as medidas de Suporte Avançado de Vida (SAV), ou tão essencial como a avaliação do estado de consciência e dos sinais vitais (OE, 2009).

Katherine Kolcaba desenvolveu a Teoria do Conforto, a qual assenta essencialmente no cuidado holístico da pessoa, definindo o conforto como um estado dinâmico e multifacetado das pessoas (Kolcaba, 1994). Esta teoria, valida-se como base

de sustentação ao desenvolvimento de competências nesta área em concreto, realçando a importância da promoção do conforto na PSC vítima de trauma. De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba (1994), este pode ser classificado em três tipos: alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é definido como a experiência de ver satisfeita uma necessidade específica. Tranquilidade como um estado de calma ou contentamento, sendo uma condição necessária para um desempenho eficiente. Transcendência é o estado no qual a pessoa suplanta os seus problemas ou sofrimento latente (Kolcaba, 1994).

Importa ainda ressaltar, que de acordo com Kolcaba (1994), existe ainda uma outra dimensão que corresponde aos quatro contextos nos quais o conforto pode ser experimentado, sendo eles: o físico, psico-espiritual, ambiente e social. O contexto físico define-se como aquele que é pertencente às sensações corporais; o psico-espiritual como o pertencente à consciência interna do *self*, devendo aqui ser incluída a autoestima e o sentido que se atribui à vida; o contexto ambiental corresponde ao meio envolvente e às condições externas como a luz, o ruído e a temperatura; o contexto social refere-se às relações interpessoais, familiares e o papel da pessoa na sociedade (Kolcaba, 1994; Kolcaba 2003). Em suma, o conforto é definido por Kolcaba (1994, 2003), como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto, correspondendo ao resultado holístico da intervenção do enfermeiro que acaba por interferir na globalidade das respostas conferidas à pessoa. Será caracterizado como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas no que concerne ao alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos da experiência.

A Teoria do Conforto de Kolcaba, dá a conhecer a multidimensionalidade do conforto, que pode, e é, percebido de forma diferente, por pessoas diferentes, visto que decorre das suas experiências passadas, da idade, do prognóstico da doença, do estado emocional e do sistema de suporte (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2003). Importa ainda salientar, que para a autora, é crucial que os enfermeiros reconheçam as necessidades de conforto da pessoa a seu cuidado, de forma a poderem planear as intervenções de enfermagem em conformidade com as mesmas. As necessidades de conforto podem passar por encontrar-se num estado confortável ou aliviar o desconforto.

O desenvolvimento dos sistemas de classificação em enfermagem, possibilitou que o conforto fosse incluído como um resultado esperado das intervenções de

enfermagem. É possível encontrar o conforto nas taxonomias de diagnóstico, surgindo como o diagnóstico de enfermagem “conforto prejudicado”, verificando-se que é um diagnóstico sempre presente nas pessoas vítimas de trauma (Sallum et al, 2012; Sallum & Sousa, 2012). Nesse contexto, são implementadas intervenções de enfermagem com vista à promoção do conforto, passando por uma promoção de um estado de tranquilidade física ou mental.

Considerando-se a temática do conforto transversal a todos os cuidados de enfermagem, a sua referência é transversal na obra de vários autores. Também Patrícia Benner numa das suas obras, intitulada “*Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*”, apresenta um quadro conceptual onde assentam os cuidados de enfermagem à PSC no âmbito da promoção de medidas de conforto intitulado “*Providing Comfort Measures for the Critically and Acutely ill*”. Neste mapa conceptual é possível rever a pessoa vítima de trauma em muitos dos exemplos que são conferidos e situações criadas (Benner, 2004).

Centralmente às boas práticas em enfermagem realça-se a promoção do conforto e as medidas de apoio psicossocial para as pessoas que se encontram na dicotomia das intervenções tecnológicas e o sofrimento. O conforto do toque terapêutico, o consolo e estar presente para a pessoa, representam medidas de conforto essenciais (Benner, 2004).

Benner, na sua obra “*De Iniciado a Perito*” (obra original publicada em 1984), inclui a prestação de medidas de conforto na “*Função de Ajuda*” dos enfermeiros, onde afirma que “a ajuda evocada aqui encerra transformações do sentido; trata-se por vezes simplesmente de ter a coragem de ficar com o doente, de oferecer o reconforto que a situação permite” (Benner, 2001, p.76). Esta autora apresenta uma lista de oito competências inerentes à “*Função de Ajuda*”, que o enfermeiro perito deve desenvolver, nomeadamente: tomar medidas para assegurar o conforto da pessoa e preservar a sua personalidade face à dor e a um estado de fraqueza extrema; a presença junto da pessoa; interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias mais apropriadas para as controlar e gerir; reconfortar e comunicar pelo toque; promover apoio emocional e informar as famílias das pessoas. Estas competências oferecem esperança, facilitam o processo de recuperação e trazem paz às pessoas. Representam a arte de enfermagem

e correspondem a habilidades não técnicas importantes para um perito em enfermagem (Benner, 2001).

Segundo Benner (2011), o conhecimento e as competências relacionadas com o conforto devem ser integrados nos cuidados altamente tecnológicos que se mostram muitas vezes como intrusivos e causadores de dor. Os enfermeiros devem fazer uso recorrente da frase “medidas de conforto” para a descrição de inúmeras intervenções que vislumbram como confortadoras, tais como toque físico, pegar a mão, estar presente, oferecer um cobertor, conversar calmamente e promover conforto corporal com suavidade, auxílio nos posicionamentos, adequação da luz, promoção de um quarto e ambiente confortável. O ato de confortar decorre da manifestação de angústia, perda ou sofrimento, e depende do tempo, da confiança, da relação e da abertura da pessoa ao conforto (Benner et al., 2011).

As medidas de conforto poderão apresentar-se como triviais, comuns, e de alguma forma com menor legitimidade e de menor importância quando comparadas com intervenções tecnológicas que “curam”. Ainda assim, para confortar, deve ser reconhecida a perda ou o sofrimento e admitir os limites da proteção e da imunidade. Para conferir medidas de conforto é exigido que os enfermeiros tenham a percepção e a clara noção de que confortar é necessário através da vigilância, da presença e identificação do problema

(...) central a uma boa prática de enfermagem está a promoção do conforto e as medidas de apoio psico-social para os doentes que se encontram entre as intervenções tecnológicas e o sofrimento. O conforto promove a sensação de bem-estar do doente e da família. Confortar significa dar força, ajudar e encorajar bem como acalmar e consolar. (...) Medidas de conforto, *life saving* e intervenções imediatas estão relacionadas porque o desconforto e a ansiedade influenciam as respostas dos doentes aos tratamentos.

(Benner et al., 2011, p.215).

Uma das principais problemáticas que se coloca na promoção do conforto, prende-se com o estado em que a pessoa cuidada se encontra, em que muitas das vezes não conseguem verbalizar as suas necessidades, pelo que o enfermeiro que cuida tem de desenvolver capacidade para realizar uma leitura das respostas corporais que lhe são transmitidas. Só depois de realizar esta leitura é que poderá compreender qual o conforto que é necessário, e perspetivar o que é experienciado como conforto para o outro. “O enfermeiro deve aprender com a experiência que toque é confortador, que conversa é calmante, que proximidade ou distância é confortável.” (Benner et al., 2011, p. 217).

Na relação com o outro, especialmente ao nível dos cuidados à PSC, existe a preocupação maior de cuidar do corpo como fonte de conforto. Os profissionais a exercer funções nesta área, em concreto os enfermeiros, estabelecem com frequência uma relação entre o seu próprio conforto e o conforto daquele a seu cuidado, verificando que até na própria prestação de cuidados de higiene à pessoa em situação de maior fragilidade, pode fazer com que ambos, enfermeiro e pessoa, se sintam mais confortáveis (Benner, 2011).

A capacidade de confortar surge na relação que se estabelece com o outro e requer confiança, abertura e aceitação (Benner, 2011). De acordo com Benner et al (2011), confortar a PSC é confortar também a sua família e a ligação com os mesmos, requerendo o conhecimento deles e o compromisso com eles enquanto pessoas e não com a doença e/ou o corpo doente.

A ligação e o desenvolvimento de uma relação com o outro são essenciais na possibilidade de confortar. É certo que a PSC necessita invariavelmente de intervenções tecnológicas diferenciais e medidas *life saving*, contudo o enfermeiro deverá exercer a sua intervenção no sentido de superar estas barreiras, conseguindo incorporar os membros da família no cuidado à PSC, permitindo a integração dos mesmos em alguns dos cuidados diários prestados que lhe sejam passíveis de assumir, no sentido de facilitar a manutenção da ligação familiar essencial e o toque reconfortante (Benner, 2011).

No que à dimensão física do conforto diz respeito, o controlo da dor, cursa obrigatoriamente com intervenções que promovam o conforto, e na PSC, o cumprimento de terapêutica analgésica é potenciado se forem promovidas medidas de conforto em simultâneo (Benner et al., 2011). As medidas de conforto poderão ser validadas como a primeira resposta à PSC, até mesmo antes da prescrição de fármacos, sendo validado por Benner, que “o uso de analgésicos e sedativos na ausência de medidas básicas de conforto diminui a efetividade da medicação e pode implicar o desrespeito pelo bem-estar da pessoa” (Benner, et al., 2011, p.244). Em suma, deverá ser incorporado no plano de cuidados da PSC que experiencia níveis de dor e desconforto elevados (Wright, 2012), medidas de conforto que potenciem as intervenções realizadas, nomeadamente a medicação analgésica administrada.

A Teoria do Conforto de Kolcaba, bem como o quadro conceptual oferecido por Patricia Benner, previamente explanados, servem de sustentação ao desenvolvimento de competências nesta área, realçando a importância da promoção do conforto à PSC.

2. ANÁLISE DO PERCURSO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Tendo como finalidade o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à PSC, particularmente na promoção do conforto da pessoa vítima de TVM, foram mobilizadas as competências definidas para o CMEPSC de acordo com o Despacho n.º 13755/2010 publicado em DR, as competências de mestre (DL n.º65/2018, p.4162), as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º26/2019, p. 4744) e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado em DR, 2ª Série, n.º 26 de 06/02/2019, especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas a um campo de intervenção (Regulamento n.º26/2019, p.4745). As competências comuns são transversais a todos os enfermeiros especialistas e versam sobre quatro domínios, o da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º26/2019, p. 4745).

O percurso de estágio foi norteado e balizado por um projeto previamente elaborado onde foram expostos e explanados os objetivos, as atividades e as estratégias propostas para o desenvolvimento de competências do CMEPSC, já descritas previamente. Tal percurso foi efetuado seguindo a metodologia de projeto que implica a identificação de um problema real e a implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, dando lugar a um processo contínuo e interativo (Ruivo, et al., 2010). De forma a alcançar os referidos objetivos, foram selecionados dois campos de estágio, o primeiro num SU e o segundo numa UCI, onde o pretendido seria o desenvolvimento das competências especializadas em enfermagem à PSC, mais especificamente na promoção do conforto da PSC vítima de TVM.

Deste modo, neste capítulo procede-se à análise reflexiva, da experiência vivenciada nos dois campos de estágio, apresentando as atividades realizadas, bem como as competências desenvolvidas ao longo do percurso.

2.1 Cuidar a pessoa em situação crítica num serviço de urgência

O SU comporta uma área de atuação bastante específica e diferenciada. No SU, para se atingir a perfeição na prestação de cuidados, a rápida atuação e o saber agir são cruciais, onde o enfermeiro tem uma função muito importante. De acordo com a Rede de Referenciação Hospitalar (RRH) de Urgência/Emergência, urgências

são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.” Emergências “são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.

(Direção Geral de Saúde [DGS], 2001, p.8).

De acordo com o Despacho Normativo 11/2002 do Ministério da Saúde (MS) “os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica” (Despacho Normativo 11/2002, 2002).

Em 2001 foi criada a RRH de Urgência/Emergência (DGS, 2001) que diferenciou os serviços de urgência.

Em 2007, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral propôs níveis, critérios, condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência.

Atualmente, segundo o Despacho Normativo 10319/2014, consideram-se três tipologias de serviços de urgências: Serviço de Urgência Polivalente (SUP), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e Serviço de Urgência Básico (Despacho Normativo 10319/2014, 2014).

Por sua vez, o Despacho Normativo 19124/2005 obriga à adoção do protocolo de Triagem de Manchester nestes serviços, com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, na determinação do risco clínico da pessoa (MS, 2015).

O SUP é o nível mais diferenciado de resposta e acolhimento à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital central e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área, dispondo de diversas valências (MS, 2006).

Deste modo, o primeiro momento de estágio, decorreu ao nível de um SUP, escolhido atendendo à sua localização geográfica, bem como o facto de ser um serviço diferenciado. Outro fator que motivou a escolha decorre da casuística em trauma, constituído como um Centro de Trauma (CT). Em 2011, o MS criou a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), que propôs pela primeira vez, a criação de CT a nível nacional, que se assumem como SUP dedicados à pessoa politraumatizada, com responsabilidade em realizar a sua abordagem e tratamento definitivo, utilizando para tal as diversas valências/especialidades definidas nos níveis de responsabilidade do SU (CRRNEU, 2012). A estes CT são referenciadas as pessoas vítimas de trauma a incluir no protocolo Via Verde (VV) Trauma, desde o sistema de emergência pré-hospitalar ou desde as unidades de atendimento de menor diferenciação da rede.

É um SUP/CT com a vantagem de ter quatro VV implementadas, devidamente protocoladas através dos procedimentos setoriais internos do serviço, nomeadamente: VV Coronária; VV Acidente Vascular Cerebral; VV Sépsis e a previamente referida, VV Trauma.

Este SUP/CT comporta uma estrutura organizacional por áreas/setores de atuação no que diz respeito às diferentes equipas profissionais, e encontra-se dividido fisicamente por áreas distintas: balcão de atendimento onde é realizada a admissão; postos de triagem divididos em gabinetes; vários gabinetes médicos enumerados; uma sala de espera para as pessoas a aguardar chamada para a triagem; uma sala de espera de pessoas triadas (prioridade amarela ou laranja) e que aguardam chamada para observação médica e que cuja condição de doença não carece de permanência em maca, uma vez que nessa situação são encaminhadas diretamente para o balcão de pessoas em maca; uma área de apoio médico e de enfermagem dedicada a pessoas que se encontram em regime de ambulatório triados com prioridade azul/verde; uma sala destinada à realização de radiografias; uma sala de apoio a pequenas cirurgias; uma sala de tratamentos para apoio aos gabinetes médicos da equipa de ortopedia; um gabinete de

ortopedia; uma sala devidamente equipada destinada a procedimentos cirúrgicos com necessidade de apoio anestésico; várias salas de observação, cada uma delas equipada com material para a devida monitorização; uma área dedicada à emergência com duas salas designadas por salas de reanimação (SR) e uma sala ampla com capacidade para duas pessoas designada por sala de trauma, também com capacidade para receber pessoas do foro médico emergente mediante as necessidades; um balcão administrativo de apoio às áreas de emergência e sala de observação; uma zona destinada ao banho assistido e um quarto com acesso condicionado com pressão negativa para pessoas com necessidade de isolamento.

O método de trabalho é individual, centrado na pessoa alvo do cuidado, e o número de enfermeiros é variável mediante o turno, sendo que existe sempre um enfermeiro com funções de coordenação de equipa, ficando igualmente responsável pelas salas de observação e restantes setores do serviço.

Importa ainda referir que o sistema operativo em vigor no SUP/CT do referido centro hospitalar, é o *Health Care Information System* – HCIS, e que a medicação é armazenada e disponibilizada através de um sistema automatizado de fornecimento e gestão de inventário de medicamentos – *Pyxis*®.

Atendendo aos objetivos no projeto delineado, as áreas físicas onde procurei alocar-me foram as SR, tendo, contudo, experienciado uma passagem por todos os setores de forma a compreender o percurso da pessoa dentro do SU desde o momento da sua admissão.

Mediante as características que lhe são inerentes, atendendo às pessoas e necessidades de cuidados, um SU é, per si, um local passível de provocar sentimentos de ansiedade e limitação, quando perspetivado por um enfermeiro que se encontra perante o primeiro contacto com esta realidade, que não é a sua realidade de cuidados.

O estágio no SU constituiu a primeira experiência fora da minha zona de conforto de prestação de cuidados. Inevitavelmente, existiram diferenças na dinâmica e funcionalidades do serviço, adaptação a novos elementos de equipa e adoção de novos comportamentos na prestação de cuidados, entre outros. A insegurança foi o sentimento mais presente numa fase inicial. Posso considerar que o primeiro impacto com o SU, provocou, por um lado, apreensão pela complexidade da PSC, dinâmica da unidade e diversidade de equipamentos e dispositivos, contudo, por outro lado, funcionou como

motor impulsionador, despoletando a curiosidade resultante das diversas oportunidades de aprendizagem e evolução profissional. Segundo Benner (2001), todos os enfermeiros, independentemente dos anos de experiência profissional, que integram um novo serviço, em que desconhecem a pessoa doente, a equipa e as dinâmicas (rotinas), situam-se no estadio de iniciado. Esta designação enquadrou-se perfeitamente no sentimento por mim experienciado, um autêntico retrocesso no percurso profissional. Perante a quase inexperiência dos cuidados de enfermagem prestados à PSC, efetivamente numa fase inicial, senti-me iniciada, consciente, ainda assim, das necessidades de desenvolvimento e aquisição de competências.

No CMEPSC, segundo o Regulamento nº 429/2018, as competências a desenvolver incluem: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação; e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº429/2018, p. 19363).

Como objetivo geral para este estágio definiu-se desenvolver competências aprofundadas e especializadas ao nível da prestação de cuidados à PSC mais especificamente, no âmbito da promoção do conforto da pessoa vítima de TVM. Os objetivos específicos são posteriormente identificados e explanados no decurso do presente subcapítulo, bem como as estratégias e atividades desenvolvidas, no sentido da aquisição das competências propostas.

Implementar intervenções especializadas de enfermagem e cuidar da PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em SU

A realização de turnos foi efetuada seguindo a modalidade horária de *rollman*, permitindo analisar os fluxos de pessoas ao longo do dia. Percebi que o SU é um serviço com uma característica única, característica esta que influencia todo o processo de cuidados prestados. Falo da imprevisibilidade dos acontecimentos que nele podem ocorrer, tais como, a ocorrência de uma situação emergente, dado ser um serviço de “porta aberta” vinte e quatro horas por dia. Esta imprevisibilidade, acarreta por si só um

peso enorme na resposta da pessoa à sua situação de doença, o que reporta para um sentimento de incerteza constante.

A abordagem inicial a todas as pessoas que são admitidas no SU é realizada mediante o protocolo de triagem, uma área de única e exclusiva responsabilidade da equipa de enfermagem, onde é efetuada a avaliação primária do estado clínico da pessoa, perante a sua queixa inicial de recorrência ao SU (DGS, 2018). Atendendo à minha total inexperiência na área em questão, existiu a necessidade de proceder à pesquisa e estudo, servindo-me para isso da consulta do manual do Grupo Português de Triagem (GPT, 2002), que me permitiu adquirir conhecimentos sobre os fluxogramas e contacto com o sistema de Triagem de Manchester.

A triagem é, deste modo, o primeiro momento de contato da pessoa com um profissional de saúde, sendo deveras importante a sua materialização, idealmente, por enfermeiros especialistas ou peritos na área da PSC (Sheeby, 2011). Segundo Benner (2001), o conhecimento clínico, sustentado na compreensão profunda do problema, orienta as intervenções do perito, permitindo-lhe apreender diretamente a situação na sua globalidade.

A abordagem da PSC na SR é realizada inicialmente pelo enfermeiro responsável pelas pessoas admitidas nessa sala, sendo este enfermeiro que realiza a triagem e a avaliação inicial da pessoa. Esta avaliação consiste à realização de diagnósticos de enfermagem e identificação de necessidades de recursos humanos, ao nível das especialidades médicas que é necessário ativar. É da responsabilidade do enfermeiro a vigilância e monitorização destas pessoas no sentido de identificar precocemente focos de instabilidade e risco de falência de órgãos.

O desenvolvimento de competências nesta área permite ir ao encontro do disposto no regulamento da OE que prevê o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de falência orgânica (Regulamento nº429/2018, p. 19363).

De acordo com o MS (2019), é importante reconhecer que a sala de emergência, não é apenas o local para a reanimação cardiorrespiratória, mas também um local direcionado para a avaliação e estabilização, requerendo maior capacidade logística.

No âmbito do estágio, na SR admitiram-se PSC, de foro emergente, com prioridade vermelha, e algumas com prioridade laranja, de acordo com a triagem de Manchester,

situações em que existiu risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato. Inicialmente, aquando da sua admissão na SR, considero que assumi uma postura de observação / colaboração e interiorização de avaliação, abordagem e práticas de cuidados.

As situações emergentes requerem, assim, uma rápida atuação, coordenada, sistematizada e planeada pelos profissionais de saúde, sendo relevante a organização da equipa para se atingir a recuperação da pessoa com o mínimo de sequelas possível. Importa salientar e reforçar, que o trabalho em equipa é de extrema importância para o resultado e *outcomes*, pelo que se recomenda a identificação de um profissional que exerça as funções de *team leader* e, assim, seguir as suas orientações, no sentido de uma abordagem assertiva. É preponderante que todos os elementos saibam exatamente qual a sua função (Cooper & Wakelam, 1999).

O momento da admissão exige a coordenação e concentração de toda a equipa, comunicação eficaz, competência e agilidade para receber a informação sobre o estado clínico da pessoa, devendo sempre ser privilegiada a comunicação mediante a ferramenta de padronização da informação – a ISBAR. A mnemónica ISBAR permite memorizar construções complexas em que I – corresponde à identificação dos indivíduos envolvidos na comunicação; S - diz respeito à situação atual e motivo de admissão; B - aos antecedentes da pessoa, descrição de dados clínicos; A – contempla a avaliação acerca do estado atual da pessoa, estratégias de tratamento e terapêutica instituídos e R – recomendações no plano terapêutico adequados à pessoa (DGS, 2017a).

Neste sentido, na admissão da PSC na SR, preconiza-se a sistematização do atendimento seguindo os passos da avaliação primária, numa abordagem ABCDE:

- a) A – Via aérea, permeabilizar, aspirar, estabilizar coluna cervical
- b) B – Ventilação e oxigenação, insuflador manual, ventilador;
- c) C – Circulação, monitorizar sinais vitais, vigiar ritmos de periparagem, sinais de hipoxémia, estabelecer acessos venosos periféricos, efetuar colheitas sanguíneas, controlo de hemorragias, vigiar coloração da pele, avaliar tempo de preenchimento capilar e considerar administração rápida de fluídos;
- d) D – Monitorização neurológica, avaliar escala de coma de Glasgow, examinar o tamanho, simetria e reatividade à luz das pupilas, avaliar glicémia, monitorizar a dor;

e) E – Exposição, com controlo da temperatura, cuidados de higiene, medidas de conforto, posicionar, gerir risco de maceração

(INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM], 2020).

A avaliação da pessoa seguindo a abordagem ABCDE constituiu, também, uma grande dificuldade inicial, porque o pensamento crítico inicial encontra-se direcionado nesse sentido, contudo não se encontrava suficientemente sistematizado, levando a omitir passos fulcrais na abordagem, nomeadamente as condições de segurança e a validação recorrente das mesmas.

A elevada casuística, foi também facilitadora do processo de aquisição de competências nesta área, uma vez que presenciei múltiplas situações de pessoas com instabilidade hemodinâmica, não apenas em contexto de trauma, mas também da pessoa com patologia médica urgente, o que me conduziu à análise de algumas situações de cuidados, nomeadamente de uma experiência que mobilizou várias temáticas, inclusive a segurança no cuidado, o que motivou a realização de um jornal de aprendizagem, no qual refleti acerca da importância da correta utilização da ferramenta ISBAR na transmissão das informações, mas também a importância da identificação correta da pessoa. Nesta situação em concreto, a pessoa que se encontrava em SR foi submetida a várias colheitas, com necessidade de transporte urgente para o laboratório, o que motiva sempre algum agravamento da azáfama já existente. Tratava-se de uma pessoa de nome árabe e difícil pronúncia por nós portugueses, tinha como acompanhante uma pessoa com nome praticamente idêntico, tendo sido validado posteriormente (apenas após a saída da PSC da SR) que existiam etiquetas das duas pessoas em questão, o que despoletou a dúvida se todas as colheitas teriam sido devidamente identificadas, e que motivou a reflexão sobre a importância central da segurança em contexto de SR.

Na SR existiu a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados à PSC com compromisso da via aérea com necessidade de ventilação mecânica invasiva, quer por padrão respiratório ineficaz no decorrer de patologia médica agudizada (infecção respiratória), trauma torácico grave, ou até mesmo por necessidade de proteção da VA em contexto de agravamento neurológico, como numa experiência de um jovem vítima de acidente de viação com trauma da face, trauma torácico e traumatismo craniano com *Glasgow Coma Scale* de seis.

A prestação de cuidados à PSC em tempo útil, implica a mobilização de conhecimentos e a adequação dos mesmos à situação com que nos deparamos, no sentido de prevenir atempadamente a falência de órgãos. Benner salienta a importância de desenvolver competências nesta área, de forma a exercer uma prática de premeditação antecipando os eventos adversos e prevenindo os potenciais problemas (Benner et al., 2011; Benner, 2001).

A PSC mantém-se em avaliação em SR até à sua estabilização hemodinâmica e transferência para o serviço mais adequado para a admitir, mediante as suas necessidades atuais e/ou futuras, e de forma a manter ou elevar o nível de cuidados e vigilância (Nunes et al., 2009). No decorrer deste período, o enfermeiro é responsável por reavaliar, vigiar e monitorizar a PSC. Durante todo este processo, foi neste momento que me foi possível o maior *achievement* e diferenciação dos cuidados. Este é o momento em que é possível um outro olhar sobre a pessoa, porque efetivamente o enfoque é a doença e as lesões traumáticas suscetíveis de condicionar a vida e todo o esforço resume-se ao *life saving*, sendo descartado que entre as medidas de SAV, sem o pretendermos, infligimos dor e desconforto (Benner et al., 2011). O conhecimento do que pode ser doloroso e entendido como desconfortável, permite dirigir as intervenções de enfermagem nesse sentido e acompanhar o percurso da pessoa. Porque em situações traumáticas ou de doença súbita, não é possível para a pessoa uma preparação prévia do que vai acontecer, ou o que vai experienciar, mas para o enfermeiro perito nesta área é fundamental o reconhecimento das necessidades, a compreensão do sofrimento e o cuidado através do conforto, para um percurso conjunto nesta transição de saúde/doença (Meleis et al., 2000).

Neste ponto em concreto, importa ressaltar uma das situações que considerei como extremamente marcante no meu percurso de estágio no SU. Tratou-se de uma pessoa abordada em SR após transferência da área de macas, com diagnóstico de edema agudo do pulmão, já com antecedentes prévios de patologia cardíaca major e péssimo prognóstico. Na abordagem inicial valida-se um quadro de insuficiência respiratória grave, com necessidade de oxigenoterapia suplementar, ainda com consciência mantida, contudo em quadro de desorientação e agitação psicomotora, com alguma agressividade na abordagem e tentativas mantidas de reação aos cuidados. Após a estabilização hemodinâmica, e no período de monitorização, é possível estabelecer uma comunicação

verbal efetiva com a pessoa, conseguindo compreender que a sua ansiedade não se coadunava com a sua situação de saúde, mas era essencialmente motivada pela preocupação com os seus cães que tinham ficado sozinhos e fechados em casa. A sua maior preocupação e motivo de sofrimento neste momento, eram na dimensão psico-espiritual, a qual não tinha sido tida em consideração até à data. Prontamente, foi articulada a comunicação com o serviço social de forma a garantir a recolha dos animais pelos serviços municipais e foi possível perceber a sensação de alívio e tranquilidade percebidas pela pessoa, ainda que mantivesse o desconforto físico inerente à sua situação de saúde, estabilizada, mas não resolvida, experienciou a consecução do que mais desejava e que era “apenas”, a proteção dos seus. Alicerçado na teoria de Kolcaba, o conforto é visto como uma experiência imediata, fortalecida pela sensação de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado no qual uma determinada necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu normal funcionamento. A tranquilidade corresponde ao estado de calma ou de satisfação e é necessária para que a pessoa tenha um desempenho eficiente na sua recuperação. Por seu lado, a transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear e controlar o seu destino (Kolcaba, 2003).

A missão assumida dos enfermeiros é a de cuidar, pelo que a atenção ao desconforto, no sentido de promover o conforto e as diferentes medidas utilizadas para o alívio do sofrimento, deve ser consistente nessa missão.

Kolcaba (2003) considerou o conforto de importância básica no continuum da prestação de cuidados. E contextualiza-o como um objetivo da enfermagem e como um estado relativo à pessoa, destacando a importância de o compreender na multidimensionalidade do processo de cuidar (Kolcaba, 2003).

Perpassa nesta individualização dos cuidados, a possibilidade da reflexão e tomada de decisão sobre as práticas, nas situações em que as pessoas se encontram em situação de dependência, fragilidade e de vulnerabilidade acrescida (Sousa, 2014).

Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos na abordagem à PSC no SU

O SUP no qual foi desenvolvido o estágio, garante e é referência para o encaminhamento das diversas VV, tal como já referido previamente. As condições de

funcionamento interno permitem assegurar a resposta à ativação de diversas VV. As VV são estratégias organizadas para a melhor acessibilidade da pessoa na fase aguda da doença, aos cuidados médicos mais adequados, proporcionando maior eficácia e eficiência no diagnóstico e tratamento (MS, 2021). Segundo o MS (2021)

As vias verdes atuam numa abordagem planeada e articulada de encaminhamento e tratamento mais adequados e expeditos, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas frequentes e/ou graves, que importa serem especialmente valorizadas pela sua relevância para a saúde das populações e pela relação inversamente proporcional entre o tempo decorrido desde o início dos sintomas/problemas e a eficácia do tratamento, com implicações marcadas no prognóstico.

(MS, 2021, p.204).

Nesta área em concreto, tive a oportunidade de observar na plenitude a ativação da VV Trauma, VV Coronária e VV Sépsis, tendo tido também a oportunidade de validar a ativação de um momento de VV Acidente Vascular Cerebral, contudo atendendo a especificidades internas não acompanhei todo o percurso após a ativação. Em todos os momentos, tive a oportunidade de colaborar com os elementos da equipa multidisciplinar nos cuidados prestados a estas pessoas, visto que já detinha um conhecimento prévio e relativamente consolidado do fluxograma. Também a realização prévia dos cursos de SAV e *Advanced Trauma Care for Nurses*, se revelaram ferramentas fundamentais e fulcrais para a abordagem a estas pessoas, sendo essenciais ao enfermeiro especialista na área da PSC. Segundo Nunes et al. (2009), as competências técnicas devem ser adquiridas em cursos teórico-práticos e complementadas com o contexto e a prática clínica.

Ao nível dos enfermeiros que desempenham funções num SUP, de acordo com o Despacho nº10319/2014, prevê-se que os mesmos tenham formação em SAV e em SAV de Trauma, sendo este último de carácter obrigatório para os SUP constituídos como CT (Despacho nº 10319/2014).

Considero que esta vivência permitiu o desenvolvimento de competências no reconhecimento precoce dos sinais de alerta para as patologias identificadas, bem como a atuação rápida e eficaz na sua resposta, tendo sido efetuado o devido acompanhamento e transporte das pessoas para realização de meios complementares de diagnóstico, e encaminhamento a tratamento precoce após identificação de necessidades. Mediante a elevada casuística, o maior enfoque verificou-se na VV

coronária, onde tive a oportunidade de prestar cuidados à PSC com compromisso da função cardiopulmonar, sendo possível acompanhar diversas situações, inclusive com o transporte inter-hospitalar para a realização de intervenção e tratamento em sala de hemodinâmica, o que me permitiu elencar um leque de competências acrescidas, também ao nível do transporte da PSC, transmissão da informação eficaz e promoção da segurança no transporte.

No contexto do SU, o transporte da PSC é frequente na prática diária do enfermeiro especialista, quer para exames complementares de diagnóstico, quer para unidades extra ou intra-hospitalares. Efetivamente, constitui uma área de atuação com grande atribuição à intervenção do enfermeiro perante a complexidade de monitorização e vigilância da PSC, bem como, a seleção da terapêutica e equipamentos potencialmente necessários, em caso de deterioração do estado de saúde da pessoa e que se venham a revelar determinantes para a sua sobrevivência. Estes momentos, permitiram-me reconhecer os riscos do transporte, que se validando como inevitável em muitas situações críticas, acarreta uma ponderação e responsabilidade acrescida na segurança e preservação da qualidade dos cuidados durante o transporte. Segundo a Ordem dos Médicos [OM] (Comissão da Competência em Emergência Médica) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] (2008), é fundamental refletir sobre o risco/benefício do transporte da PSC e, nos casos em que a sua eficácia é duvidosa, recomenda-se, se possível e em segurança, a realização de testes diagnósticos e procedimentos terapêuticos no local onde a pessoa se encontra. Neste contexto, o transporte da PSC envolve as seguintes etapas: decisão, planeamento e efetivação. A decisão do transporte é, exclusivamente, uma responsabilidade de cariz médico, que avalia os riscos inerentes à pessoa e ao próprio processo de transporte. Contudo, esta decisão envolve todos os profissionais de saúde associados à situação vivenciada, ressaltando-se a responsabilidade do enfermeiro em assegurar as condições necessárias para realizar o transporte.

O planeamento é executado por ambas as equipas, médica e enfermagem, e refere-se à coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação. Este planeamento, sob o ponto de vista de enfermagem, inclui a organização da equipa que efetua o transporte, a seleção de meios adequados de monitorização, a revisão de potenciais complicações, a terapêutica, a seleção do

equipamento, garantindo previamente as condições da sua utilização e, ainda, garante a estabilização da pessoa antes da saída para o transporte. Durante o transporte, o nível de cuidados deve ser mantido ou, se possível, melhorado ao verificado na unidade de origem (OM & SPCI, 2008). A OM e SPCI (2008) enfatiza, ainda, a formação e a experiência em SAV, trauma e monitorização do enfermeiro especialista para a segurança efetiva da pessoa durante o transporte.

Um dos momentos de ativação da VV coronária encontra-se explanado num dos momentos de reflexão escrita elaborado, tendo validado neste evento diversas situações que poderiam ter colocado em causa o curso da assistência da PSC e que mereceram a realização de *debriefing* e discussão entre pares, o que efetivamente se revelou como uma experiência extremamente rica em contexto de aprendizagem para todos os intervenientes. Segundo Benner (2001), a formação promove o desenvolvimento de competências e preconiza a reflexão do enfermeiro sobre o seu exercício profissional, capacitando-o para a resolução de problemas.

Tal como explanado nesse momento reflexivo, não deve perder-se de vista a necessidade de encaminhamento rápido destas pessoas ao tratamento definitivo, contudo deve ser tido sempre em conta a necessidade de conforto como suporte e como forma de cuidar. Pela ansiedade que é habitualmente manifestada pela PSC com síndrome coronário agudo, é manifestamente relevante desmistificar os medos e tentar proporcionar a promoção de um ambiente que seja perspectivado pelo outro como seguro, deste modo é possível favorecer um ambiente calmo e recetivo aos cuidados elevando o estado de tranquilidade (Kolcaba, 2003).

Ao nível da área da VV trauma, verificou-se uma baixa casuística, existindo ainda assim, a oportunidade de contacto e trabalho com alguns enfermeiros peritos na abordagem à pessoa vítima de trauma que me permitiu aumentar o *know-how* na prestação de cuidados a estas pessoas. Contudo verifiquei que o número reduzido de elementos peritos nesta área, limitava em diversos turnos a atuação dentro dos *timings* pretendidos, sendo a atuação mecanizada aos algoritmos e pouco fluida, até mesmo pela casuística menos evidente nesta área.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, os índices de segurança e de qualidade dos cuidados para a pessoa e organizações de saúde são obtidos pelo rácio adequado de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos,

o conhecimento casuístico e a afluência ao respetivo serviço. Recomenda-se que sejam, preferencialmente, enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à PSC: os enfermeiros designados como coordenadores responsáveis de turno; os enfermeiros destinados ao posto de trabalho da triagem de prioridades; os enfermeiros designados para a sala de emergência; e 50% da equipa de enfermagem dos SU da rede e que estes possuam formação em SAV, em permanência nas vinte e quatro horas (Regulamento n.º 743/2019).

As situações elencadas evidenciam o desenvolvimento de competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos na abordagem à PSC, como previsto no regulamento da OE e das competências do enfermeiro especialista na área da PSC preconizado no Regulamento n.º 429/2018, bem como o desenvolvimento das competências em gestão de cuidados, de forma a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a respetiva articulação com a equipa multidisciplinar.

Prestar cuidados especializados à PSC vítima de TVM no âmbito da promoção do conforto, na gestão da dor e do bem-estar em SU

No que concerne ao desenvolvimento de competências no âmbito da promoção de conforto na PSC, este local de estágio permitiu um leque de experiências de suma relevância. Partindo de uma observação atenta de colaboração com a equipa multidisciplinar na abordagem da PSC vítima de TVM, atendendo às especificidades das lesões, foi possível identificar várias necessidades ao nível do conforto nos seus vários contextos como é referido por Kolcaba (1994), nomeadamente no contexto físico, psicoespiritual, ambiental e sócio cultural.

Em contexto de SR, procurei demonstrar aqueles que eram já os meus conhecimentos de base, bem como os decorrentes do percurso realizado com a elaboração da RIL, promovendo a partilha, com a equipa multidisciplinar, no sentido de remover precocemente e quando indicado os dispositivos de imobilização tais como o colar cervical e o plano duro, descritos como causadores de desconforto (Edlich et al., 2011; Hemmes et al., 2010; OE, 2009; Wright, 2011). Este era já um cuidado contemplado durante a prestação de cuidados pelos elementos da equipa multidisciplinar, que se demonstrou sempre sensível ao reconhecimento dos fatores externos potenciadores de desconforto para a PSC e com potencial de minimização, contudo a partilha de

conhecimento, a verbalização e a troca de experiências foram enriquecedoras para ambas as partes. Enquanto mestre, deve ser demonstrada a capacidade de sustentar os conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, desenvolvendo-os e aprofundando-os, no sentido de aplicar esses mesmos conhecimentos na resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, bem como a capacidade de comunicar essas conclusões e discuti-las em equipa multidisciplinar, seja ela composta por especialistas e não especialistas (Regulamento nº 429/2018, p.4162).

No que diz respeito a dispositivos que são referidos na literatura como redutores dos níveis de desconforto, tais como plano duro insuflável ou almofadado ou aquecido (Edlich et al., 2011; Hemmes et al., 2014; Hemmes et al., 2010), não existem no serviço em questão. Em relação ao colar cervical, durante a permanência no SU são mantidos os colares rígidos de transporte, utilizados no pré-hospitalar, contudo, quando é validada a estabilidade hemodinâmica da pessoa, e já foram realizados os exames complementares de diagnóstico necessários, são substituídos por outro similar que confere maior conforto. Na *scoping review* realizada por Lacey et al. (2019), quatro estudos estabelecem a intervenção de substituição do colar cervical de extração por outro considerado de longa permanência, como forma de proporcionar maior conforto e prevenir lesões tecidulares por pressão (Lacey et al., 2019).

A colocação de um lençol por cima do plano duro reduz também a dor e desconforto provocado pelo mesmo (Edlich et al., 2011; Hemmes et al., 2014; Hemmes et al., 2010), constatando que esta intervenção é sempre implementada. A mobilização da PSC vítima de TVM, nomeadamente a elevação em bloco e o rolamento, pode ser uma experiência bastante dolorosa, logo a aquisição de competências nesta área é também fundamental para minimizar complicações e reduzir a dor na sua execução. É nas intervenções de enfermagem autónomas, que o enfermeiro demonstra, também, as suas competências e oferece conforto aos que cuida, nesta dimensão terapêutica de enfermagem. O enfermeiro especialista identifica prontamente focos de instabilidade intervindo de forma pronta e antecipatória, cuidando da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica (Regulamento nº 429/2018).

De acordo com Kolcaba (2003), no objetivo final de promoção do conforto, o enfermeiro tem como função avaliar as necessidades holísticas da pessoa alvo dos cuidados, em todos os seus contextos, implementando uma variedade de intervenções

de forma a atender essas necessidades e avaliar os seus níveis de conforto, antes e depois das referidas intervenções. A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC é igualmente uma das competências do enfermeiro especialista, otimizando as respostas (Regulamento nº429/2018).

A dor está manifestamente interligada ao conforto prejudicado ou ao desconforto que é experienciado no contexto físico (Kolcaba, 2003). Para ir ao encontro do desenvolvimento de competências na área da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC segundo as recomendações da OE (2018) é importante avaliar como a dor interfere no bem-estar e no conforto das pessoas. Assente neste princípio, a dor e a sua gestão implicam que exista permanentemente uma valorização da sua incidência e prevalência, um diagnóstico e uma avaliação. Nesse sentido, procurei promover o bem-estar e o conforto da pessoa e, assim, contribuir para a qualidade de vida através da monitorização regular da dor.

Relativamente à escolha dos instrumentos de avaliação da dor é pertinente inferir sobre alguns aspetos, designadamente “tipo de dor, idade, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, escala de quantificação comparável, facilidade de aplicação, experiência de utilização em outros locais” (OE, 2008, p. 16). Ao longo do estágio, aplicaram-se as escalas de avaliação, *Behavioral Pain Scale*, Escala Visual Analógica e a Escala Numérica da Dor, consoante o estado clínico da pessoa, uma vez que esta nem sempre era capaz de verbalizar a sua dor. Deste modo, é da responsabilidade do enfermeiro, a gestão diferenciada da dor e sua valorização, sendo necessário a implementação de estratégias não farmacológicas e farmacológicas para o alívio da dor, através de intervenções interdependentes e autónomas (Ferreira et al., 2014). O enfermeiro possui competências e domínios que lhe permitem identificar a particularidades da dor e intervir, escolhendo a estratégia mais adequada (Benner, 2001).

As intervenções não farmacológicas mais utilizadas no meu percurso de estágio foram a massagem durante os posicionamentos, a aplicação de frio e calor, os exercícios respiratórios, as técnicas de relaxamento, o uso de tom de voz calmo, a comunicação e o esclarecimento, bem como, a regulação do ambiente em temperatura, luminosidade e ruído quando possível, intervenções estas recomendadas pela OE (2008) e sustentadas pela literatura, que identifica as intervenções não farmacológicas em três grupos: físicas (aplicação de calor / frio, massagem, mobilização, imobilização de fraturas), cognitivo-

comportamentais (técnicas de distração e relaxamento), bem como o suporte emocional (toque terapêutica, escuta ativa e conforto) (Mota et al., 2019; Weinberg et al., 2018).

O controlo da dor e a prevenção de deterioração da condição clínica da PSC revelaram-se um imperativo para a sua qualidade de vida. Na PSC, a gestão da terapêutica é uma componente fundamental na intervenção antecipada nos focos de instabilidade e seu reconhecimento precoce. A dor não controlada pode ter consequências ao nível de perturbações do sono manifestada por insónias, ansiedade e pode ainda ter repercussões hemodinâmicas provocando um aumento do esforço cardíaco acompanhada de taquicardia, vasoconstrição periférica, taquipneia, tensão muscular levando à defesa ou à contração num reflexo para diminuir a dor, vómitos, aumento da tensão arterial (*Emergency Nurses Association, [ENA], 2014*). Quando se avalia a dor de uma pessoa vítima de trauma grave é necessário ter em conta que é expectável que a pessoa tenha dor moderada a severa se apresentar fraturas, ferimentos ou queimaduras. Os procedimentos invasivos também são passíveis de provocar dor tais como: cateterização endovenosa, inserção ou remoção de dreno torácico, entubação orotraqueal ou nasofaríngea, cuidados às feridas, redução de fraturas (ENA, 2014; Wright, 2011).

Mediante as situações de cuidados analisadas, validei que a equipa multidisciplinar se encontra bastante centrada e focada no controlo da dor e gestão de bem-estar, incluindo nos seus cuidados a preocupação na satisfação das necessidades de conforto da PSC e em pessoas vítima de TVM, estando altamente despertos a sinais fisiológicos de dor como: taquipneia, taquicardia, respiração superficial, diaforese, expressão facial de desconforto, cerrar os dentes, choro. Para além das medidas farmacológicas, procurei sempre complementar medidas não farmacológicas, que sendo intervenções autónomas de enfermagem, são potenciadoras de conforto, como o alívio de zonas de pressão, o posicionamento, a tração ou imobilização dos membros afetados, os exercícios de relaxamento, a comunicação com a pessoa, a aplicação de calor ou o aquecimento da sala ou da pessoa, a distração ou até mesmo o humor (ENA, 2014).

As medidas de conforto e as intervenções imediatas de *life saving* estão intimamente relacionadas, porque o desconforto e a ansiedade influenciam as respostas das pessoas aos cuidados (Benner et al., 2011). As especificidades das lesões determinam os cuidados a implementar. Numa situação específica de pessoa vítima de TVM é importante um posicionamento adequado com estabilização da coluna vertebral.

Durante todo o percurso de estágio, ocorreram vários momentos em que existiu a possibilidade de discussão de diversos casos clínicos entre os pares, conduzindo ao desenvolvimento de competências ao nível da tomada de decisão e julgamento crítico, bem como promoção de segurança. Independentemente do diagnóstico médico e *outcomes* esperados, compreende-se que a necessidade de proporcionar conforto e incrementá-lo é transversal à prestação de cuidados à PSC, pelo que as intervenções de enfermagem são direcionadas para o alívio da dor, a redução do desconforto e a promoção do bem-estar.

As intervenções de enfermagem foram, na sua maioria, baseadas em estratégias promotoras do conforto nos seus vários domínios, o que revela a coerência na decisão sustentada pela Teoria do Conforto de Kolcaba, para nortear o processo de enfermagem em pessoas vítimas de trauma, as quais veem o seu conforto prejudicado pela situação abrupta que vivenciam. Tendo em conta a Teoria do Conforto de Kolcaba que mobilizei neste percurso, validei que existe uma preocupação latente na SR pela resposta ao alívio físico da dor, contudo validei em diversas situações que existe um detrimento pela resposta à tranquilidade e transcendência, existindo ainda um desenraizamento do que é o diagnóstico e a PSC.

Constatei a especial atenção pela presença dos familiares e comunicação com os mesmos, contudo denoto que em áreas de menor casuística, como é a resposta à PSC vítima de trauma, esta é mais mecanizada, existe uma fuga natural e recurso ao esquema protocolar de atuação, o que condiciona uma maior dificuldade na leitura global da PSC e o foco torna-se o seguimento estrito e segmentar do protocolo.

Neste ponto julgo ter alcançado as referidas competências de cuidados especializados da gestão da dor, promoção do conforto e bem-estar, ao observar e intervir, assim como na discussão reflexiva da temática com a equipa multidisciplinar, porque de acordo com Pereira de Melo e Freitas (2006) (as cited in Delors et al., 1996) existem quatro pilares basilares para a aprendizagem e a produção do conhecimento: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver em comum e aprender a ser. É nesse modo de pensar que deve assentar a busca pelo desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Assistir a PSC e família, nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica, através do estabelecimento de uma relação terapêutica

Quando existe a possibilidade de comunicação verbal efetiva e bidirecional, o enfermeiro deve procurar sempre estabelecer a relação terapêutica através de uma comunicação verbal que seja apropriada à condição daquele com quem comunica, como refere Phaneuf (2005), a comunicação e a relação de ajuda são considerados fatores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação uma ferramenta de base para o estabelecimento da relação de ajuda.

Na prestação direta de cuidados foi sempre um objetivo o estabelecimento de uma relação terapêutica, permitindo à pessoa a verbalização dos seus sentimentos de forma a poder dar resposta às suas necessidades.

É de enfatizar a importância da participação da pessoa alvo dos cuidados na tomada de decisão, de forma a dar-lhe autonomia naquele que é o seu processo de cuidados. O enfermeiro deve contribuir para que o doente sinta que é uma pessoa por inteiro, inclusivamente no respeito pela sua dignidade (Benner, 2001).

Neste pressuposto, é impossível dissociar a família, porque ela é parte integrante dos contextos da pessoa e a família detém também a necessidade de assistência. O cuidado à família assenta em três pilares fundamentais: assegurar que o familiar possa estar junto da pessoa; fornecer informações e suporte necessário; encorajar o envolvimento da família na prestação de cuidados (Benner et al., 2011).

Ao nível do SU, mais concretamente ao nível da SR, torna-se difícil e desafiador o acompanhamento permanente da PSC pela família, até mesmo pela sua condição de instabilidade hemodinâmica e necessidade de cuidados urgentes. Contudo validei extrema preocupação em que fosse assegurada essa presença logo que ela se tornava possível, ainda que por tempo limitado. De acordo com a Lei nº 15/2014 que prevê o direito de acompanhamento por uma pessoa indicada pelo doente, ou na impossibilidade do doente poder escolher o acompanhante (Lei nº15/2014, p. 2129), o serviço deve promover o direito ao acompanhamento, podendo para esse efeito solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente invocado pelo acompanhante, que vai ao encontro da definição de família.

No percurso de aquisição de competências na relação com a família, procurei prestar cuidados de enfermagem ao nível do apoio emocional aos familiares da PSC, através de uma comunicação interpessoal adequada e procurando sempre promover a presença da família/ pessoa de referência junto da PSC sempre que possível, permitindo a expressão de sentimentos. Em diversos momentos, foi ainda de suma importância a comunicação, dando lugar ao silêncio e simplesmente ao “estar”, porque em muitos destes momentos o que se validou foi o acompanhamento da pessoa em fim de vida e a promoção da presença da família. A relação terapêutica estabelecida com a família facilita a redução do medo e da angústia, sendo o enfermeiro considerado um recurso à promoção do conforto da família da PSC (Wilson & Kolcaba, 2004).

O enfermeiro é capaz de construir um espaço onde seja possível falar acerca da situação que provoca desconforto, através da utilização de competências de relação interpessoal e de comunicação, (escutar, tocar, devolver o sentido, expressar sentimentos, ser empático, entre outros) o que vai permitir um aumento do conforto psicoespiritual (Kolcaba, 2003).

Uma intervenção de enfermagem especializada envolve a identificação das necessidades de suporte da família e a facilitação do envolvimento da família nos cuidados e na tomada de decisão (Regulamento nº429/2018,19363).

No sentido do desenvolvimento destas competências relacionais com a família, considerei sempre preponderante recorrer a momentos de reflexão, introduzindo inclusive a temática num jornal de aprendizagem realizado, na qual utilizei o ciclo reflexivo de *Gibbs* de forma a integrar e atribuir significados numa reflexão posterior à prática, adquirindo as competências expectáveis a este nível de percurso.

Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), a relevância desta competência específica deve-se ao “elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida” (p.19362). Efetivamente, as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) continuam a ser um grave problema de saúde pública a nível mundial, contribuindo para o aumento da morbidade e mortalidade e

elevadas consequências económicas e sociais (DGS, 2017b). De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018), as IACS constituem uma relevante ameaça à segurança da pessoa e à qualidade dos cuidados. A DGS (2017b) acrescenta que, cerca de um terço dos casos de infeções adquiridas durante a prestação dos cuidados são facilmente evitáveis, através de medidas efetivas de prevenção e controlo de infeção. A Organização Mundial da Saúde, a União Europeia, entre outras entidades internacionais, tem alertado para o problema da resistência antimicrobiana, estimando-se que seja responsável por 25.000 mortes/ano na união europeia e 700.000 mortes em todo o mundo, prevendo-se que em 2050, se nada for feito, ocorrerão mais de 10 milhões de mortes todos os anos, superando a mortalidade causada pela neoplasia (DGS, 2017b; Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2018).

No decorrer desta situação, as IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas de importância crescente à escala mundial, sendo relevante a atuação de todos os profissionais de saúde, em todas as suas intervenções, de acordo com as *guidelines* de boas práticas de higiene e prevenção de infeção (DGS, 2017b).

Os descritivos dos padrões de qualidade funcionam como um alicerce importante na determinação da intervenção do enfermeiro, junto das pessoas e de outros profissionais, como uma representação dos cuidados a ser percebida por todos, na procura contínua da excelência no exercício da profissão (OE, 2011). Neste sentido, os colégios de especialidade de enfermagem médico-cirúrgica definiram os padrões de qualidade dos cuidados especializados nesta área de intervenção, de modo a constituírem um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e conceção de projetos de melhoria contínua da qualidade. Uma vez que o enfermeiro especialista funciona como o principal agente na prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, possui competências para o diagnóstico das necessidades do serviço relativas à prevenção e controlo de infeção e estabelece estratégias para as implementar, atualiza o plano de prevenção do serviço com base na evidência e estabelece os procedimentos e circuitos exigidos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos e, ainda, monitoriza, regista e avalia as medidas implementadas (Regulamento n.º 429/2018).

Seguindo as recomendações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) procurei adotar, durante a prestação de cuidados, as regras de boas práticas preconizadas, consistindo estas, essencialmente, em: avaliação individual do risco de infeção na admissão da pessoa e colocação/isolamento da mesma, higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamentos de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, manuseamento seguro da roupa, gestão adequada dos resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, e, por fim, prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017b).

Procurei consultar as diretivas do grupo PPCIRA no SUP em concreto, procurando atingir a sua adequada aplicabilidade aquando da prestação de cuidados à PSC, e, ainda, sensibilizar os familiares/visitas para a adoção e cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção durante a sua permanência no SU.

O desenvolvimento de competências nesta área permite ir ao encontro do disposto no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC (Regulamento nº429/2018), considerando que o estágio em concreto permitiu, para além da aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, a otimização de respostas a situações de emergência ou a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018).

2.2 Cuidar da pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos

A medicina intensiva é uma área multidisciplinar e multiprofissional que comporta a abordagem e tratamento de pessoas com ou em risco de falência orgânica ou multiorgânica por doença ou traumatismo (DGS, 2003). As UCI estão equipadas e organizadas de forma a fornecer um elevado nível assistencial (técnico e terapêutico) a este grupo de pessoas. Neste sentido, e mediante a temática em estudo, o segundo momento de estágio ocorreu numa UCI polivalente, de nível III, respondendo às solicitações no âmbito de todas as especialidades clínicas da sua área de influência, nomeadamente da região do concelho de Lisboa, e no apoio a uma grande parte do

território nacional, do Sul ao Médio Tejo, conforme as indicações normativas sobre a arquitetura da RRH na área da medicina intensiva, definidas pela DGS (2003).

A ocupação das camas da UCI é determinada pelo circuito da PSC que chega ao SU e que carece de tratamento intensivo e diferenciado, através do bloco operatório ou ainda, através de transferência intra ou inter-hospitalar, por necessidade de valências que a unidade pode oferecer. Cada vaga da unidade é composta pelo equipamento essencial para a monitorização invasiva e não invasiva de parâmetros vitais e suporte ventilatório invasivo e não invasivo, sendo ainda de referir a possibilidade de facultar à pessoa internada terapias substitutivas da função renal.

Esta UCI apresenta equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas vinte e quatro horas, no mínimo um enfermeiro por cada duas pessoas e a possibilidade de acesso aos meios de monitorização invasiva, diagnóstico e terapêuticos necessários à prestação de cuidados integrais às pessoas (DGS, 2003).

Esta UCI encontra-se ainda certificada através de um Programa de Acreditação Internacional para organizações de saúde da *Caspe Healthcare Knowledge Systems* - CHKS (2020) e validada como Centro de Referência ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal (Despacho 6669/2017).

Importa ainda referir que o sistema operativo em vigor na UCI do referido centro hospitalar, era o *SClinico*® e que a medicação é armazenada e disponibilizada em sala própria.

Como objetivo geral para este estágio definiu-se desenvolver competências aprofundadas e especializadas ao nível da prestação de cuidados à PSC mais especificamente, no âmbito da promoção do conforto da pessoa vítima de TVM. Os objetivos específicos são posteriormente identificados e explanados no decurso do subcapítulo, bem como as estratégias e atividades desenvolvidas no sentido da aquisição e desenvolvimento das competências propostas.

Implementar intervenções especializadas de enfermagem e cuidar da PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em UCI

As UCI configuram-se como unidades de saúde onde a tecnologia envolvida na prestação de cuidados e a iminência do risco de vida tende a sobrevalorizar as

competências técnicas das equipas, estimulando o saber-fazer. Sem descurar a vertente técnica, num ambiente hostil tanto para a pessoa/família como para os próprios profissionais (Oviés & Calle, 2020), procurei prestar cuidados de saúde humanizados.

Durante o percurso, desenvolvi a prestação de cuidados de acordo com o descrito no REPE

o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

(DL n.º 161/96, de 4 de Setembro, Artigo 4.º, p.2960)

Previamente à admissão da PSC na UCI, é responsabilidade do enfermeiro verificar e/ou preparar a unidade destinada. Assim, ao iniciar o meu percurso efetivo, revelou-se preponderante uma primeira apresentação do local, bem como demonstração da dinâmica da unidade e logística inerente à manutenção da mesma.

A UCI é o serviço de excelência para o acompanhamento da PSC onde se realizam técnicas diferenciadas que exigem uma vigilância e monitorização contínua da pessoa. A monitorização hemodinâmica invasiva, imprescindível em cuidados intensivos, é um dos motivos major para o internamento da pessoa numa UCI (Urden et al., 2014), e permite aceder a parâmetros pormenorizados acerca da pessoa, referindo-se à monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, utilizada para avaliar pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares, e igualmente para determinar a eficácia do tratamento. Esta monitorização é efetuada por meio da utilização de cateteres e transdutores que ligados ao sistema, mostram os resultados encontrados em forma de onda no monitor cardíaco (Azeredo & Oliveira, 2013; Bench et al., 2011). É preponderantemente indispensável que o enfermeiro saiba interpretar os dados, de forma a responder adequadamente aos valores indicados no ecrã, sendo o responsável por garantir essa fidedignidade dos dados apresentados no monitor. O enfermeiro deve “ser conhecedor, não apenas das técnicas necessárias a uma boa monitorização invasiva, como também deve ter um conhecimento teórico e científico para avaliar criticamente o doente” (Azeredo & Oliveira, 2013, p.54). De forma a desenvolver competências nesta área e atendendo à inexperiência que detinha em monitorização invasiva e algumas técnicas,

procurei através da pesquisa de bibliografia aumentar os conhecimentos teóricos e analisar casos clínicos em discussão com enfermeiros peritos, no sentido de aprofundar e adquirir conhecimentos. Existiu nesse âmbito e atendendo à elevada incidência, a necessidade de desenvolvimento de conhecimentos major na área da ventilação mecânica invasiva (VMI), uma vez que a maioria das pessoas na UCI se encontram sob VMI, tornando-se necessário conhecimentos aprofundados acerca da função e das limitações do ventilador, das modalidades, dos fatores de desconforto respiratório e de sincronia com pessoa/ventilador, e da gestão adequada, com o objetivo de oferecer o cuidado centrado na pessoa (Grossbach et al., 2011). Salienta-se neste campo, que o reconhecimento imediato dos problemas e a intervenção precoce do enfermeiro, pode resolver um quadro de dificuldade respiratória aguda com aumento do trabalho respiratório, conduzindo à prevenção de eventos adversos.

Para o desenvolvimento das referidas competências, tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa com compromisso respiratório, na gestão da PSC sob VMI em diferentes modalidades ventilatórias. A discussão e *debriefing* interpares revelou-se de extrema importância para o desenvolvimento de tais competências.

Prestei também cuidados a pessoas sob oxigenoterapia de alto fluxo o que, sendo uma terapia nova para mim, possibilitou aprofundar conhecimentos sobre esta temática. Esta técnica representa um importante avanço nas alternativas para o suporte ventilatório não-invasivo, em pessoas com insuficiência respiratória aguda e obteve grande relevância durante a fase pandémica da COVID 19. A utilização da mesma permite, em comparação com as técnicas de ventilação não invasivas clássicas, maior conforto, diminuição da necessidade de VMI e conseqüentemente reduzir as taxas de reintubação (Bonfim, 2018).

Neste quadro de cuidados, consegui identificar de uma forma precoce focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipada, alertando o clínico responsável e realizando intervenções no sentido de estabilizar a condição que se apresentava (Regulamento nº429/2018, p.19361-19362).

Foi ainda possível a prestação de cuidados a várias PSC vítimas de TVM, o que se revelou um *achievement* nas competências que planeei atingir. A PSC vítima de TVM releva-se um desafio acrescido pela série de alterações multiorgânicas que comporta, o que me conduziu à construção de um estudo de caso que documenta um desses

percursos.

Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos na abordagem à PSC na UCI

Inerente às características altamente tecnológicas e diferenciadas que comportam as UCI, a unidade onde realizei estágio detém uma série de protocolos e técnicas exclusivas no cuidado à PSC.

Ao longo deste período de estágio tive oportunidade de colaborar e administrar protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente dando cumprimento ao início de perfusões de terapêutica inotrópica, bem como a sua subsequente gestão de acordo com o perfil e resposta hemodinâmica, igualmente com aplicação do protocolo de controlo glicémico. A avaliação regular da glicémia durante o internamento numa UCI é motivada pelo aumento da mortalidade hospitalar associado a valores de hiperglicemia, para além de poder ser uma consequência da gravidade da doença, a hiperglicemia pode também agravar a recuperação da PSC (Krinsley, 2003). Compreende-se que o cuidado especializado exige rigor e honestidade do exercício profissional, com recurso à investigação, à prática sustentada na evidência científica, e o desenvolvimento de protocolos e procedimentos, que são essenciais para a excelência das intervenções de enfermagem.

Tive ainda a oportunidade de participar na execução de protocolos e técnicas complexas inerentes à PSC, nomeadamente, técnica de substituição da função renal através de técnicas híbridas ou contínuas. A prestação de cuidados à PSC com compromisso da função renal contribuiu para o desenvolvimento de competências neste domínio específico da PSC. Estes métodos representam um avanço substancial no cuidado à PSC, sobretudo porque assumem uma vantagem na possibilidade de uma maior estabilidade hemodinâmica com remoção de fluidos minimizando fenómenos de hipotensão e com controlo rápido e mantido da azotémia. Esta técnica consiste na passagem do sangue venoso por um hemofiltro altamente poroso onde é separado e removido o excesso de eletrólitos, fluidos e toxinas (Urden et al., 2014). Se necessário são acrescentados fluidos através do líquido de reposição. Importa ao enfermeiro que presta cuidados a estas pessoas o devido conhecimento da técnica, que lhe permitam deter as competências necessária à vigilância dos acessos vasculares, manuseamento do

equipamento e deteção de complicações mediante a vigilância da monitorização hemodinâmica, procedendo também a resolução precoce e antecipada de problemas.

Deverá ainda referir-se a existência de PSC sob ECMO durante a minha permanência no estágio, contudo atendendo às competências específicas inerentes e necessárias a esta técnica que obrigam os profissionais a especialização em UCI e frequência de um curso de formação específico, apenas tive a oportunidade de proceder à observação e discussão reflexiva com enfermeiros peritos na área.

Prestar cuidados especializados à PSC e PSC vítima de TVM no âmbito da promoção do conforto, na gestão da dor e do bem-estar em UCI

A extraordinária dinâmica e complexidade de uma UCI, exigem uma constante atualização de conhecimentos bem como a reflexões relativas às práticas hospitalares. A reflexão, é assim uma ferramenta vital de aprendizagem sobre a prática, assumindo-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos (Peixoto & Peixoto, 2016).

No que concerne à gestão da dor e promoção de conforto, esta atitude reflexiva assume-se como fulcral na prestação de cuidados especializados, uma vez que como já referido, tratando-se de pessoas essencialmente com ausência de comunicação verbal, a avaliação de dor constitui-se como um desafio (Barr et al., 2013).

A *Behavioral Pain Scale* (BPS) é uma escala frequentemente utilizada em UCI que pretende avaliar a dor das pessoas sob VMI através da avaliação da expressão facial, movimentos dos membros superiores e sinais da adaptação ao ventilador com atribuição de um score, onde o valor mínimo é de três que corresponde a uma pessoa sem dor e pode ir até 12 (dor máxima). O alívio da dor é o resultado do cuidado confortador que proporciona um estado de bem-estar (Benner et al., 2011; Kolcaba, 2003).

Na prestação de cuidados especializados à PSC no âmbito da promoção do conforto foi privilegiado o alívio da dor pela otimização da utilização da BPS que permite aceder aos potenciais níveis de dor da pessoa sob VMI e sedada.

A dor tem sido alvo de estudo e reflexão ao longo do tempo, sendo explanado na evidência científica, que a dor não controlada tem repercussões hemodinâmicas e pode ainda resultar em ansiedade, perturbações do sono, desadaptação ao ventilador, entre outros malefícios (Barr et al., 2013). Quando a dor não é comunicada ou dada a conhecer

não há forma de agir em conformidade e esta condição pode levar ao aumento do tempo de necessidade de VMI e ao aumento do tempo de internamento em UCI (Barr et al., 2013). Sabemos à priori que existe um leque de procedimentos a que a pessoa é submetida, passíveis de causar dor e desconforto, tal como a aspiração de secreções, as mobilizações no leito, a realização de pensos a feridas ou a realização de exames complementares de diagnóstico (Barr et al., 2013). Para a PSC, muitas vezes, o simples toque é potencializador de dor, medo e desconforto. Conclui-se, na minha perspetiva, que a dor é um dos principais diagnósticos de enfermagem e os enfermeiros necessitam de aprender a avaliar o sofrimento, não só pela expressão das pessoas, mas também pelo contexto da dor, das respostas fisiológicas das pessoas e pela quantidade de medicação que foi administrada (Benner et al., 2011).

A dor na PSC é um dos principais focos de atenção e que conduz à necessidade de uma gestão eficaz no seu controlo, o que comporta inevitavelmente um desafio. Ainda que exista a consciência que os procedimentos a que estas pessoas são submetidas acarretam um foco doloroso, é validado em vários estudos que os profissionais de saúde tendem a subestimar e subvalorizar a dor na PSC, que estando muitas vezes impedida da comunicação verbal, a leitura das alterações fisiológicas é usualmente realizada como tratando-se de uma resposta ao contexto patológico per si e não desencadeada pela presença de dor e desconforto. Saliente-se que entre 50 a 65% das pessoas internadas sentiram dor e 15% destas referiram uma intensidade moderada a severa durante mais de 50% do seu internamento hospitalar (Pinho et al., 2011).

Neste âmbito, procurei identificar de forma clara alterações fisiológicas indiciadoras de dor ou desconforto, promovi a precoce gestão da terapêutica analgésica e procurei validar junto da equipa multidisciplinar a necessidade de incremento da mesma. Paralelamente, no âmbito de estratégias não farmacológicas, e quando a situação hemodinâmica o permitia, promovi alterações e mobilizações posicionais ou de decúbito prevenindo o desconforto e conseqüente algia posicional. Nesta UCI verifiquei e tive a necessidade de aprofundar conhecimentos ao nível da analgosedação e protocolos existentes na UCI nesse âmbito, nomeadamente a PSC com perfusão de dexmedetomidina, direcionada para um alvo de - 3 a 0 na escala *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), sendo promovido o ajuste sedativo e analgésico mediante essa leitura.

Tendo em vista o desenvolvimento de competências na gestão da dor e promoção do bem-estar na PSC vítima de trauma, procurei encontrar e gerir juntamente com a equipa multidisciplinar, estratégias farmacológicas, mas também não farmacológicas, que são muitas vezes de fácil execução, mas recebidas com alguma relutância, porque a cultura vigente é ainda direcionada essencialmente para a dimensão física e respostas avaliáveis em ferramentas de avaliação objetivas. No estudo de caso de uma PSC vítima de TVM que elaborei, surge explanado a intervenção de remoção do colar de Philadelphia sem risco danoso, atendendo à pessoa apresentar RASS – 5 e *Glasgow Coma Score* 3, o que funcionando como alívio de zonas de pressão também seria promotor de conforto. Parecendo uma intervenção tão simples, é percebida com alguma estranheza por vários elementos da equipa multidisciplinar, que privilegiam uma atitude expectante e mais “conservadora”, uma vez que seria motivador de alguma estranheza uma pessoa vítima de TVM com lesão cervical (ainda que já instrumentalizada em bloco), se encontrasse sem o referido dispositivo de imobilização numa UCI.

Compreendi ao longo do percurso que o enfoque de abordagem se encontra ainda bastante unilateralizado para as medidas farmacológicas. No que se refere a medidas farmacológicas, os fármacos mais frequentemente utilizados em trauma são os opióides, benzodiazepinas, anestésicos e sedativos para realização de procedimentos invasivos tais como entubação orotraqueal bem como a gestão da ventilação e para alívio da dor provocada pelas lesões (ENA, 2014). Contudo, estes não são isentos de riscos, e compete aos enfermeiros estar despertos para os efeitos secundários da medicação e potenciadores e degradação hemodinâmica da pessoa. Por sua vez, as medidas não farmacológicas e de conforto, não substituindo os fármacos, mas completando-os, podem e devem ser vistas como a primeira resposta à PSC antes da intervenção farmacológica, logo os sedativos, os analgésicos e os curarizantes não substituem as medidas de conforto (Benner et al., 2011). Os analgésicos funcionam melhor se forem promovidas medidas de conforto em simultâneo, inclusivamente ajudam as pessoas no desmame da medicação. Por sua vez, a ausência de medidas básicas de conforto pode diminuir a efetividade da medicação (Benner et al., 2011).

Ressalva-se também que num ambiente tecnológico como o de uma UCI, é necessário ter em consideração a necessidade da gestão do ambiente, nomeadamente a redução da luz durante a noite, o ruído dos monitores e de bombas infusoras e até

mesmo o ruído decorrente da comunicação entre os profissionais de saúde e elementos do serviço (Benner et al., 2011).

A PSC vítima de TVM pelas especificidades decorrentes da sua situação patológica, detém necessidades de conforto singulares, uma vez que têm quase todos os sistemas afetados, as intervenções de enfermagem incluem necessariamente cuidados ao nível da nutrição, eliminação, integridade cutânea, mobilidade e apoio psicológico, tendo oportunidade de comprovar no estudo de caso realizado durante o percurso de estágio e que me permitiu refletir e desenvolver competências acrescidas a esse nível de cuidados.

Assistir a PSC e família, nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica, através do estabelecimento de uma relação terapêutica

O primeiro contacto com a pessoa e os seus familiares/ pessoas significativas é, possivelmente, a atividade que mais afeta as suas perceções em relação ao internamento, influenciando a consecução do projeto de saúde (Bolander, 1998; Potter & Perry, 2013). A PSC não existe sozinha. Mediante esta linha de pensamento, é inerente aos cuidados de enfermagem o cuidar da sua família, pois de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica este “cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

Nesta UCI em concreto, aquando da admissão da PSC e no processo de acolhimento à mesma e à família, é proporcionado um momento de reunião/entrevista do enfermeiro responsável pela pessoa aos familiares, em sala própria destinada à transmissão de informação e acolhimento à família (quando possível). Atendendo ao horário de visitas decorrer essencialmente no período da tarde (à exceção de situações pontuais e específicas), e uma vez que realizei exclusivamente turnos durante as manhãs, tive muito poucas oportunidades para o contato com familiares e pessoas significativas. Contudo, validei que no acolhimento é efetuada a entrega de um panfleto aos familiares, o qual reflete informações fundamentais no contacto e relação com a unidade, encontrando-se esta UCI altamente vocacionada para o acolhimento das

peças significativas, muito impelido pelos elementos de chefia que motivam e impõem esta abertura.

É sobejamente reconhecido que é fundamental que o enfermeiro perceba a família da PSC como alvo dos seus cuidados, compreendendo-a no seu todo e identificando as suas necessidades, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, baseando-se numa comunicação eficaz, na qual o âmbito da informação proporcionada pelos enfermeiros deve ir de encontro às necessidades de informação sentidas pela família, onde a comunicação não-verbal e as atitudes comunicacionais do enfermeiro, bem como o conteúdo da informação proporcionada constituem os aspetos considerados significativos no processo de comunicação enfermeiro-família (Borges, 2015).

Devo ressaltar alguns dos momentos mais marcantes neste percurso de estágio e que foram das situações excecionais de visitas de familiares que acompanhei, aquando do falecimento de pessoas ou assunção de quadro de morte cerebral. O enfermeiro especialista em enfermagem da PSC, exerce uma função fundamental neste âmbito pois “demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e “dos processos de luto” (Regulamento n.º 429/2018, DR, 16 de julho de 2018, p. 19363). A aquisição de competências neste domínio implicou saber gerir a ansiedade e o medo vivenciado pela família, mas também vivenciado a título próprio, a fim de facilitar o seu processo de luto. Desta forma, considero existir um contributo para a dignificação do processo de morrer, da personalização, humanização e excelência dos cuidados.

Situações que envolvem a suspensão de medidas terapêuticas, a morte cerebral, a doação de órgãos, assumem também uma variável altamente desafiadora no contexto de UCI e conduz os profissionais de saúde à necessidade de adoção de mecanismos de adaptação/*coping* de preservação de bem-estar psicológico. A legislação Portuguesa (Lei n.º 12/93, 1993) contempla que qualquer pessoa é um potencial dador de órgãos (consentimento presumido), desde que não tenha manifestado em vida a sua vontade de não o ser no Registo Nacional de Não Dadores. Neste contexto, tive a oportunidade de observar algumas situações de PSC com a condição de morte cerebral, verificando os procedimentos, exames e testes protocolados e fundamentados para o cumprimento dos requisitos médicos, éticos e legais para a doação de órgãos, sentindo a necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos na temática que não me era conhecida.

Em suma, importa ressaltar que os enfermeiros são os profissionais de saúde mais capacitados para avaliar e intervir nas necessidades das famílias, atendendo à sua presença constante junto da pessoa e à relação única que criam com esta e a família no exercício da sua atividade profissional (Kaakinen et al., 2010).

Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC

As IACS apresentam-se como uma condição infecciosa adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde que lhe são conferidos e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. Estas traduzem-se como uma doença localizada ou sistémica que resulta de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou da sua toxina, e que não estava presente ou em incubação na altura da admissão no hospital/unidade de prestação de cuidados de saúde (DGS, 2017b). Os enfermeiros têm responsabilidade na procura de um ambiente hospitalar biologicamente seguro, confortável e livre de infeções hospitalares, assumindo funções de prevenção e controlo da contaminação deste ambiente (Martins & Benito, 2016).

O reconhecimento da importância da lavagem das mãos e a implementação da utilização de medidas de proteção individual aquando da prestação de cuidados, aparentando ser tão básica, é a chave fundamental para a prevenção e controlo de IACS, tão frequentes em ambiente de cuidados intensivos (DGS, 2017b).

À semelhança do que havia constatado no estágio de SU, também na UCI, percecionei a contínua preocupação com este domínio, uma vez que existindo a implementação de procedimentos de ordem extremamente invasiva o potencial de infeção é também ele acrescido, e portanto, a dinamização de informação relativa à temática e reforço constante pelos elementos peritos no cumprimento das normas de segurança e prevenção de infeção revelou-se como determinante.

O uso consciente e racional das medidas de proteção individual, bem como da realização de procedimentos cumprindo com a técnica asséptica, contribui ainda para a redução destas infeções, tendo sempre procurado cumprir os princípios e técnica de assepsia inerentes às competências inerentes a um perito e especialista (Regulamento nº429/2018, p.19362).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise do percurso desenvolvido, é inevitável que exista o questionamento e a reflexão acerca de problemáticas fulcrais e basilares da profissão de enfermagem, questionando-me acerca do que faço, e não faço - no decorrer da prestação de cuidados - bem como, aquilo que deveria fazer mais e melhor. No decurso deste curso de mestrado na área da PSC fui conduzida a responsabilizar-me pela minha própria aprendizagem e aquisição de conhecimentos, sendo inegável, que tudo aquilo que leva ao nosso questionamento enquanto pessoas e enquanto profissionais, conduz sempre e inevitavelmente ao crescimento e à aprendizagem.

Efetivamente, investir na aprendizagem é fundamental ao longo de todo o ciclo vital, na medida em que a enfermagem é uma profissão cuja área de intervenção está intrínseca a uma evolução tecnológica e científica contínua, sendo imprescindível a atualização dos conhecimentos dos profissionais para a excelência dos cuidados. De acordo com Lopes et al. (2018), tendencialmente, o enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialização, participa com maior frequência em ações de formação contínua, contribuindo para a sua equipa de trabalho e avanço da profissão.

Deparei-me com novas ferramentas, e metodologia de trabalho, que à priori me eram desconhecidas, mas que valido como sendo facilitadoras para todo o processo posterior de desenvolvimento de competências às quais me propus, porque de facto ao sair da nossa zona de conforto e daquelas que são as nossas verdades incontestáveis, encontramos-nos aptos a integrar uma realidade mais abrangente e com potencial de incremento. Acredito que todo o conhecimento apenas nos acrescenta e nunca nos retira, e é inegável, que nesta fase, perspetivo o contentamento com o percurso realizado e com as competências adquiridas e desenvolvidas, mas também depreendo a responsabilidade de manter a constante atualização de conhecimentos e desenvolvimento profissional que são inerentes a um mestre e especialista.

A dignificação da profissão de enfermagem sustenta-se numa prática clínica cada vez mais complexa e com maior responsabilidade, que exige para além de uma sólida formação base, uma aprendizagem contínua, no sentido do desenvolvimento de competências técnicas e científicas cada vez mais especializadas. O enfermeiro, enquanto

agente ativo na sociedade e disseminador do conhecimento junto dos seus pares, deve manter-se sempre impelido e constantemente desafiado a adquirir práticas e saberes que reconheçam a sua competência e qualificação.

A enfermagem, tal como abordado na introdução deste relatório, enquanto profissão e enquanto disciplina tem vindo a ser alvo de profundas alterações ao longo dos tempos. Existe um desenvolvimento constante de teorias, conduzindo muitas delas a uma alteração do paradigma da enfermagem. Nos tempos que correm, Portugal e o mundo encontram-se em profundas mudanças políticas, económicas e sociais, sendo indubitável que estas mudanças nos conduzam a repensar não só a vida, mas as dinâmicas sociais, organizacionais e inevitavelmente os sistemas de saúde. Portanto, a enfermagem e os enfermeiros, não podem ficar indiferentes e têm de se apresentar como um elemento de destaque potenciador da consolidação de estruturas de saúde diferenciadas, competentes e aptas a dar resposta às necessidades que se lhe deparam.

O desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação, no âmbito da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e, em consonância com as competências do enfermeiro especialista, contribui para a dinamização e *achievement* que é cada vez mais solicitado no processo do cuidar. O cuidar com qualidade e excelência de cuidados.

A escolha de uma temática para nortear este percurso não limitou o meu foco principal, o desenvolvimento de competências acrescidas na área da PSC, mas permitiu-me o aprofundamento de conhecimentos na promoção do conforto à pessoa vítima de TVM. Considerando que são pessoas que exigem cuidados de enfermagem diferenciados e complexos, a integração do enfermeiro especializado, como elemento da equipa de cuidados dedicada ao trauma é essencial para uma intervenção especializada.

A promoção do conforto e o suporte psicossocial assumem extrema relevância, especialmente em ambientes, onde impera o aparato tecnológico e a incerteza do diagnóstico e percurso evolutivo da situação de saúde. É de enfatizar a intervenção nas medidas promotoras de conforto, no bem-estar da pessoa e da sua família, como demonstram Kolcaba (1991; 1994; 2003) e Benner (2001; 2004), enquanto intervenções autónomas de enfermagem, que sendo autónomas e muitas vezes de fácil implementação, são descuradas pela sua simplicidade. Porque cuidar é simples, mas

apenas se torna simples quando detemos as competências e ferramentas para o efetivar, o que motivou o meu percurso nessa prossecução. Segundo a OE,

Ser Enfermeiro é Ser Florence Nightingale, é ser gente que cuida de gente. É saber reconhecer a dimensão espiritual no encontro intersubjetivo que está na base do cuidado, dignificando-o. Para “tratar” feridas, temos de cuidar da mente da pessoa. Quando o choro é preciso abraçar, em momentos de revolta compreender, na dúvida assistir.

(OE, 2019)

De forma a orientar o percurso de aquisição de competências, delineei objetivos gerais bem como objetivos específicos adaptados a cada contexto de estágio. Consigo afirmar nesta data, que os objetivos foram alcançados, tendo como referencial as competências previstas para o CMEPSC e os regulamentos emitidos pela OE, para as competências comuns dos enfermeiros especialistas e para as competências específicas na área da PSC. Foram desenvolvidas competências especializadas em diversas áreas, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados, das aprendizagens profissionais, da promoção de um ambiente seguro, do cuidar da PSC e da sua família e na prevenção e controlo da infeção.

Cada um dos contextos de estágio revelou-se como um acréscimo, para o desenvolvimento pessoal e profissional tanto na área da PSC, como no âmbito da promoção do conforto da pessoa vítima de TVM. Em retrospectiva, ambos os campos de estágio, SU e UCI, foram realidades novas às quais tive acesso. À exceção do curso de licenciatura com um estágio ao nível do SU pediátrico e mais tarde uma curta passagem por um SU, no decorrer de um curso de pós-graduação na PSC, esta não é a minha realidade laboral, o que se revelou como um desafio maior e exigiu uma revisão da literatura acerca de temas e técnicas específicas, bem como mais horas de estudo e procura de discussão de temáticas com peritos nas referidas áreas.

Este relatório espelha o trabalho produzido, as interações estabelecidas durante os estágios, os momentos de reflexão e de aprendizagem, o desenvolvimento profissional e pessoal assim como o desenvolvimento de competências de mestre e especializadas.

Neste percurso, também existiram dificuldades, e revelou-se um caminho extremamente exigente, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, essencialmente pela gestão de tempo e conciliação de horários, contudo reconheço no desafio a

contribuição para um crescimento e maturação em ambas as áreas, verificando uma curva de aprendizagem na sua capacidade de resolução.

Valido que o caminho, percorrido até à data, trouxe ganhos não só intrínsecos a mim, mas também a todos aqueles cujo caminho é partilhado com o meu e que beneficiarão da visão que levo, porque o percurso desenvolvido é um caminho a percorrer e não uma meta atingida e estanque.

Em jeito de conclusão, considero que adquiri e desenvolvi competências em linha de consonância com as definidas no plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2010), assim como com as competências definidas para os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Initiative, 2004; DR, 2009) a par do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº26/2019) e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC preconizados pela OE (Regulamento nº429/2018).

Assim, considero que as competências adquiridas e desenvolvidas me habilitam à obtenção do grau de mestre em Enfermagem na área de especialização da PSC, que se encontra sustentado pelo presente relatório.

REFERÊNCIAS

- Abreu, Wilson – Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Coimbra. Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-87-0
- Alarcão, I. (2001) – Formação Reflexiva. Referêcia. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 6, p. 53-59.
- American College of Surgeons - Committee on Trauma. (2012). Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual. (American College of Surgeons, Ed.) (9th ed.). Chicago.
- Aro, I., Pietila, A., Julkunen, K. (2012). Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1847–1858. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2021). Ano de 2021. Sinistralidade Rodoviária, 1–37.
- Azeredo, T. R. M., & Oliveira, L. M. N. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, 44 – 54.
- Barradas G. V. Traumatismos vertebro-medulares: o presente e o futuro (2008). Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Bench, S., Brown, K., Coombs, M., Cork, R., Crocker, C., Davies, A., Whaley, S. (2011). *Critical Care Nursing: learning from practice*. (S. Bench & K. Brown, Eds.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2004). Relational Ethics of Comfort, Touch, and Solace - Endangered Arts? *American Journal of Critical Care*.

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.

Blom, H., Gustavsson, C., & Sundler, A. J. (2013). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients-A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(1), 1–8. DOI:10.1016/j.iccn.2012.04.002

Bonfim, E. S. (2018). A eficácia da cânula de alto fluxo alternativamente à ventilação não invasiva em pacientes hipoxêmicos.

Bolander, V. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Borges, D. R. de O. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo.

Boswell, Kim; Menaker, Jay (2013). An Update on Spinal Cord Injury: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment for the Emergency Physician. *Trauma Reports*. Vol.14, Nº 1.

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos: Perspectiva dos Actores*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-40-1

Caspe Healthcare Knowledge Systems. (2020). Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Consultado em: [2020_CHULC.pdf \(min-saude.pt\)](#)

Cooper, S., Wakelam, A. (1999). Leadership of resuscitation teams: “Lighthouse Leadership”. *Resuscitation*, 42, 27-45.

CRRNEU. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Lisboa.

Decreto-Lei nº 161/96 (1996). *Diário da República nº 205, I Série -A*. (04/09/1996). Páginas: 2959 – 2962.

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). *Diário da República n.º 157, I Série*. (16/08/2018). Páginas: 4147 – 4182. Consultado em:

<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Despacho nº 13755/2010 (2010). Diário da República nº167, II Série. (27/08/2010). Páginas: 45300-45301. Consultado em: [4530045301.pdf \(dre.pt\)](#)

Despacho n.º 13755/2009 (2009). Diário da República nº113, II Série. (15/06/2009). Páginas: 23504-23505. Consultado em: [2350423511.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março (2006). Diário da República n.º 60/2006, I série-A, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro (1996). Diário da Republica nº205/1996 1.ª série A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho 6669/2017, de 2 de Agosto (2017). Determina os Centros de Referência, reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde, para as áreas de fibrose quística, neurorradiologia de intervenção doença cerebrovascular, coagulopatias congénitas, implantes cocleares e ECMO - oxigenação por membrana extracorporal. Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2017-08-02. (16069-16070).

Despacho Normativo nº 11/2002 de 6 de Março (2022). Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da Republica: I Série, No 55

Direcção-Geral da Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ /Emergência. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Direcção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção- Geral da Saúde. (2017a). Norma nº 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. 1-24.

Direcção-Geral da Saúde (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma n. o 002/2018, 1-23. Consultado em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Edlich, R. F., Mason, S. S., Vissers, R. J., Gubler, K. D., Thacker, J. G., Pharr, P., ... Long, W. B. (2011). Revolutionary advances in enhancing patient comfort on patients transported on a backboard. *The American Journal of Emergency Medicine*, 29(2), 181–6. doi:10.1016/j.ajem.2009.08.027

Emergency Nurses Association. (2014). *TNCC - Trauma Nursing Core Course Provider Manual* (7th ed.). Des Plaines: ENA.

ESEL. *Objetivos e competências do CMEPSC* (2010).

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A., & Telles de Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20

Godinho, N. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Grossbach, I., Chlan, L., & Tracy, M. F. (2011). Overview of mechanical ventilatory support and management of patient- and ventilator-related responses. *Critical Care Nurse*, 31(3), 30–44. <https://doi.org/10.4037/ccn2011595>

Grupo Português de Triagem [GPT]. (2002). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando*

Hemmes, B., Poeze, M., & Brink, P. R. G. (2010). Reduced tissue-interface pressure and increased comfort on a newly developed soft-layered long spineboard. *The Journal of Trauma: Injury, Infection & Critical Care*, 68(3), 593–598. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181a5f304>

Hemmes, B., Brink, P. R. G., & Poeze, M. (2014). Effects of unconsciousness during spinal immobilization on tissue-interface pressures: A randomized controlled trial comparing a standard rigid spineboard with a newly developed soft-layered long spineboard. *Injury*. doi:10.1016/j.injury.2014.06.006

Hesbeen, W. (2000). *CUIDAR NO HOSPITAL: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hughes, R. (2003) - The management of patients with spinal cord injury. *Clinical Advanced*. Vol. 99 N° 50.

Initiative, J. Q. (2004). Shared 'Dublin' descriptors for the Bachelor's, Master's and Doctoral awards. Dublin: Joint Quality Initiative. Consultado em: http://www.aqu.cat/doc/doc_24496811_1.pdf

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM]. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2nd ed.).

Ponce, P., Mendes, J. J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coelho, D. P., Hanson, S. M. (2010). *Family Health Care nursing: Theory, Practice and Research* (4th edition). FA Davis Company. Philadelphia.

Kamp, O., Jansen, O., Lefering, R., Aach, M., Waydhas, C., Dudda, M., Schildhauer, T., Hamsen, U. (2021). Survival among patients with severe high cervical spine injuries – a TraumaRegister DGU database study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 29:1 <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00820-y>

Kang, Y., Ding, H., Zhou, H., Wei, Z., Liu, L., Pan, D., & Feng, S. (2017). Epidemiology of worldwide spinal cord injury: a literature review. *Journal of Neurorestoratology*, Volume 6, 1–9. <https://doi.org/10.2147/jn.s143236>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.

Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>

Kolcaba, K. Y., Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301–1310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>

Krinsley, J. S. (2003). Association between Hyperglycemia and Increased Hospital Mortality in a Heterogeneous Population of Critically Ill Patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 78 (12), 1471-1478. <https://doi.org/10.4065/78.12.1471>

Lacey, L., Palokas, M. & Walker, J. (2019). Preventative interventions, protocols or guidelines for trauma patients at risk of cervical collar related pressure ulcers: a scoping review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 1-24. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003872

Lei nº 12/93 de 22 de abril. Diário da República nº 94/1993 1.ª série A. Assembleia da República. Lisboa.

Lei nº 15/2014 de 21 de Março (2014). Diário da República nº57 1.ª série. Assembleia da República. Lisboa.

Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (2015). Diário da República nº181 1.ª série. Assembleia da República. Lisboa.

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde. 1-112. Consultado em estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf (ordemenfermeiros.pt)

Martins, D. F., & Benito, L. A. O. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências Da Saúde*, 14 (2). <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>

Melancia, João Levy (2012). Traumatismo Vertebro Medular. In Pedro Ponce (Coordenação), *Manual de Urgências e Emergências* (páginas 254-257). Lisboa: Lide – Edições Técnicas, Lda.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na Unidade de Cuidados Intensivos. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>

Mendonça, S. S. (2009) – Competências Profissionais dos Enfermeiros A Excelência do Cuidar. 1ª Edição. [s. l.]. ISBN 978-989-8136-34-3.

Ministério da Saúde (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências - RT11/2015*. 1–59.

Ministério da Saúde (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência - RT 14/2019*. 1–16.

Ministério da Saúde. (2014). Despacho nº 10319/2014. *Diário Da República*, 2ª Série. Nº 153. 11 de Agosto de 2014, 20673–20677.

Ministério da Saúde. (2006). Despacho nº 18459/2006. *Diário da República*, 2ª Série. Nº 176. 12 Setembro de 2006, 18611-18612.

Ministério da Saúde. (2021). *Relatório Anual: Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2021*. 1–307. Consultado em: [Relatório-de-Acesso-2021.pdf \(min-saude.pt\)](#)

Mota, M., Cunha, M., Santos, M., Silva, D. & Santos, E. (2019). Non-pharmacological interventions for pain management in adult victims of trauma: a scoping review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*,17(2),2483-2490.Doi: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-004036>

Morita, T., Takebayashi, T., Irifune, H., Ohnishi, H., Hirayama, S., Yamashita, T. (2017). Factors affecting survival of patients in the acute phase of upper cervical spine injuries. *Arch Orthop Trauma Surg*. 137:543–548 . DOI 10.1007/s00402-017-2655-5.

National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2021). Spinal cord injury facts and figures at a glance. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 36(1), 1–2. <https://doi.org/10.1179/1079026813Z.000000000136>

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.

Nunes, F., Meira, P., Martins, A., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P., Campos, R., et al. (2009). Manual de Trauma (5a ed.). Loures: Lusociência.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). Relatório Primavera 2018: Meio Caminho Andado. Relatório Primavera 2018. Consultado em: [Relatorio-Primavera-2018.pdf \(opssaude.pt\)](#)

Ordem dos Enfermeiros (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática | Cadernos OE. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: OE. ISBN: 978-989-8444-30-1

Ordem dos Enfermeiros (2011) – Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa. Assembleia Geral

Ordem dos Enfermeiros. (2009). GUIA DE BOA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM TRAUMATISMO VÉRTEBRO MEDULAR. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos. Lisboa: Ordem dos Médicos.

Ovies, Á. A., & La Calle, G. H. (2020). Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. *Medicina intensiva*, 44(2), 122-124.

Pappamikail, L. (2019). Abordagem ao doente traumatizado vertebro-medular. *Life Saving*. p. 10- 14. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/16837>

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (11), 121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Montreal: Lusociência.

Pereira de Melo, R., & Freitas, H. (2006). Portfólio: uma estratégia utilizada na avaliação das aprendizagens - Perspectiva dos estudantes de enfermagem na disciplina de Administração e Gestão em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, II (2), 63-73.

Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2011). Plano Nacional de Avaliação da Dor. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Consultado em: [Plano Nacional de Avaliação da Dor – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos \(spci.pt\)](http://spci.pt)

Ponte, K., Bastos, F., Garcia de Sousa, J., Fontenele, M., Aragão, O. (2019). Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession. *Rev Fun Care Online*. 11(4):925-930. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.925-930>

Potter, P., & Perry, A (2013). Fundamentos de enfermagem (8a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 184. Consultado em: [0012800155.pdf \(diariodarepublica.pt\)](http://diariodarepublica.pt)

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, N.º. 26 (06/02/2019) 4744–4750.

Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série, N.º.135 (16/7/2018) 19359-19370

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1–38.

Sallum, A. M. C., & Sousa, R. M. C. (2012). Nursing diagnoses in trauma victims in the first six hours after the event. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 256–562.

Sallum, A. M. C., Santos, J. L. F., Lima, F. D. (2012). Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. *Revista Latino – Americana Enfermagem*, 20(1).

Sheeby, S. (2011). *Enfermagem de Urgência, da teoria à prática* (6th ed.). Lusociência.

Silva, A. P. (2007). *Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir, 11-19.

Sousa, P. P. (2014). *O conforto da Pessoa Idosa: Projeto de Vivência e Cuidado Co-criado*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management* (7th ed.). Missouri: Elsevier Inc.

Weinberg, B., Roos, R. & Van Aswegen, H. (2018). Effectiveness of non-pharmacological interventions for pain and physical function in adults with rib fractures: a systematic review protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 16(8), 1599–1605. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003600

Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164–173. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>

Wright, A. J. (2011). Trauma resuscitations and patient perceptions of care and comfort. *Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 18(4), 231–8. DOI :10.1097/JTN.0b013e31823a49eb

Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5a ed.). São Paulo: Roca.

Anexo I - American Spinal Injury Association Impairment Scale

RIGHT

MOTOR KEY MUSCLES

UER (Upper Extremity Right)

Elbow flexors C5

Wrist extensors C6

Elbow extensors C7

Finger flexors C8

Finger abductors (little finger) T1

LER (Lower Extremity Right)

Hip flexors L2

Knee extensors L3

Ankle dorsiflexors L4

Long toe extensors L5

Ankle plantar flexors S1

(VAC) Voluntary Anal Contraction (Yes/No)

RIGHT TOTALS (MAXIMUM)

Light Touch (LTR) (50)

Pin Prick (PPR) (56)

MOTOR SUBSCORES

UER + UEL = UEMS TOTAL (MAX 25)

LER + LEL = LEMS TOTAL (MAX 25)

Key Sensory Points

LEFT

MOTOR KEY MUSCLES

UEL (Upper Extremity Left)

Elbow flexors C5

Wrist extensors C6

Elbow extensors C7

Finger flexors C8

Finger abductors (little finger) T1

LEL (Lower Extremity Left)

Hip flexors L2

Knee extensors L3

Ankle dorsiflexors L4

Long toe extensors L5

Ankle plantar flexors S1

(DAP) Deep Anal Pressure (Yes/No)

LEFT TOTALS (MAXIMUM)

Light Touch (LTL) (56)

Pin Prick (PPL) (56)

MOTOR SUBSCORES

UER + UEL = UEMS TOTAL (MAX 25)

LER + LEL = LEMS TOTAL (MAX 25)

NEUROLOGICAL LEVELS

1. SENSORY R L

2. MOTOR R L

3. NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI)

4. COMPLETE OR INCOMPLETE? (In injuries with absent motor OR sensory function in S4-5 only)

5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)

6. ZONE OF PARTIAL PRESERVATION (ZPP) R L

Muscle Function Grading

- 0 = Total paralysis
 - 1 = Palpable or visible contraction
 - 2 = Active movement, full range of motion (ROM) with gravity eliminated
 - 3 = Active movement, full ROM against gravity
 - 4 = Active movement, full ROM against gravity and moderate resistance in a muscle specific position
 - 5 = (Normal) active movement, full ROM against gravity and full resistance in a functional muscle position expected from an otherwise unimpaired person
- NT = Not testable (i.e. due to immobilization, severe pain such that the patient cannot be graded, amputation of limb, or contraction of > 50% of the normal ROM)
- 0*, 1*, 2*, 3*, 4*, NT* = Non-SCI condition present *

Sensory Grading

- 0 = Absent 1 = Altered, either decreased/impaired sensation or hypersensitivity
 - 2 = Normal NT = Not testable
 - 0*, 1*, NT* = Non-SCI condition present *
- *Note: Abnormal motor and sensory scores should be tagged with a "*" to indicate an impairment due to a non-SCI condition. The non-SCI condition should be explained in the comments box together with information about how the score is rated for classification purposes (at least normal / not normal for classification).

When to Test Non-Key Muscles:

In a patient with an apparent AIS B classification, non-key muscle functions more than 3 levels below the motor level on each side should be tested to most accurately classify the injury (differentiate between AIS B and C).

| Movement | Root level |
|---|------------|
| Shoulder: Flexion, extension, abduction, adduction, internal and external rotation | C5 |
| Elbow: Supination | |
| Elbow: Pronation | |
| Wrist: Flexion | C6 |
| Finger: Flexion at proximal joint, extension | |
| Thumb: Flexion, extension and abduction in plane of thumb | C7 |
| Finger: Flexion at MCP joint | |
| Thumb: Opposition, adduction and abduction perpendicular to palm | C8 |
| Finger: Abduction of the index finger | T1 |
| Hip: Adduction | L2 |
| Hip: External rotation | L3 |
| Hip: Extension, abduction, internal rotation | |
| Knee: Flexion | |
| Ankle: Inversion and eversion | L4 |
| Toe: MP and IP extension | |
| Hallux and Toe: DIP and PIP flexion and abduction | L5 |
| Hallux: Adduction | S1 |

ASIA Impairment Scale (AIS)

- A = Complete.** No sensory or motor function is preserved in the sacral segments S4-5.
 - B = Sensory Incomplete.** Sensory but not motor function is preserved below the neurological level and includes the sacral segments S4-5 (light touch or pin prick at S4-5 or deep anal pressure) AND no motor function is preserved more than three levels below the motor level on either side of the body.
 - C = Motor Incomplete.** Motor function is preserved at the most caudal sacral segments for voluntary anal contraction (VAC) OR the patient meets the criteria for sensory incomplete status (sensory function preserved at the most caudal sacral segments S4-5 by LT, PP or DAP), and has some sparing of motor function more than three levels below the ipsilateral motor level on either side of the body. (This includes key or non-key muscle functions to determine motor incomplete status.) For AIS C – less than half of key muscle functions below the single NLI have a muscle grade \geq 3.
 - D = Motor Incomplete.** Motor incomplete status as defined above, with at least half (half or more) of key muscle functions below the single NLI having a muscle grade \geq 3.
 - E = Normal.** If sensation and motor function as tested with the ISNCSCI are graded as normal in all segments, and the patient had prior deficits, then the AIS grade is E. Someone without an initial SCI does not receive an AIS grade.
- Using ND:** To document the sensory, motor and NLI levels, the ASIA Impairment Scale grade, and/or the zone of partial preservation (ZPP) when they are unable to be determined based on the examination results.

Steps in Classification

The following order is recommended for determining the classification of individuals with SCI.

1. Determine sensory levels for right and left sides. The sensory level is the most caudal, intact dermatome for both pin prick and light touch sensation.
2. Determine motor levels for right and left sides. Defined by the lowest key muscle function that has a grade of at least 3 (on supine testing), providing the key muscle functions represented by segments above that level are judged to be intact (graded as a 5). Note: in regions where there is no myotome to test, the motor level is presumed to be the same as the sensory level, if testable motor function above that level is also normal.
3. Determine the neurological level of injury (NLI). This refers to the most caudal segment of the cord with intact sensation and antigravity (3 or more) muscle function strength, provided that there is normal (intact) sensory and motor function rostrally respectively. The NLI is the most cephalad of the sensory and motor levels determined in steps 1 and 2.
4. Determine whether the injury is Complete or Incomplete. If voluntary anal contraction = No AND all S4-5 sensory scores = 0 AND deep anal pressure = No, then injury is Complete. Otherwise, injury is Incomplete.
5. Determine ASIA Impairment Scale (AIS) Grade. Is injury Complete? If YES, AIS=A
 NO \downarrow
 Is injury Motor Complete? If YES, AIS=B
 NO \downarrow (No=voluntary anal contraction OR motor function more than three levels below the motor level on a given side, if the patient has sensory incomplete classification)
 YES \downarrow
 Are at least half (half or more) of the key muscles below the neurological level of injury graded 3 or better?
 NO \downarrow AIS=C
 YES \downarrow AIS=D

If sensation and motor function is normal in all segments, AIS=E
 Note: AIS E is used in follow-up testing when an individual with a documented SCI has recovered normal function. If at initial testing no deficits are found, the individual is neurologically intact and the ASIA Impairment Scale does not apply.

6. Determine the zone of partial preservation (ZPP). The ZPP is used only in injuries with absent motor (no VAC) OR sensory function (no DAP, no LT and no PP sensation) in the lowest sacral segments S4-5, and refers to those dermatomes and myotomes caudal to the sensory and motor levels that remain partially innervated. With sacral sparing of sensory function, the sensory ZPP is not applicable and therefore "NA" is recorded in the block of the worksheet. Accordingly, if VAC is present, the motor ZPP is not applicable and is noted as "NA".