Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Nisa Maria Esteves Carvalho

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ROTURA DE ANEURISMA CEREBRAL

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

Nisa Carvalho
INTERVENÇÕES DE ENFEMAGEM À PESSOA COM ROTURA DE ANEURISMA CEREBRAL
2024

Norte

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ROTURA DE ANEURISMA CEREBRAL

Relatório Final de Estágio

Nisa Maria Esteves Carvalho

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Doutor Igor Emanuel Soares Pinto e Professora Doutora Liliana Andreia Neves da Mota

´

Oliveira de Azeméis| 2024

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha gratidão a todas as pessoas que tornaram possível a realização deste projeto contribuindo para o meu crescimento profissional e pessoal. Este é um momento especial que não teria sido alcançado sem o apoio e incentivo de pessoas incríveis.

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus filhos, Miguel e Tiago. A vossa paciência, o apoio constante e a compreensão durante este período desafiador foram fundamentais para o meu sucesso. Vocês são minha fonte de inspiração e força, e este caminho também é vosso.

Ao meu marido, Michel, quero expressar meu amor e apreço. A sua paciência e apoio emocional foram inestimáveis. Obrigada por estares ao meu lado em todas as etapas deste percurso académico.

À minha família, em especial aos meus pais e irmã, agradeço por serem a minha base sólida. Obrigada por acreditarem em mim, mesmo nos momentos de dúvida, e por serem uma fonte constante de amor e apoio.

Aos meus tutores e orientadores, cujo conhecimento e orientação foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço-lhes ainda pela demonstração de um Profissionalismo de Excelência, que nunca esquecerei.

Este trabalho é o resultado de um esforço coletivo, e cada um de vocês teve um papel crucial na minha jornada académica.

Obrigada por fazerem parte desta conquista significativa.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AC-Aneurisma Cerebral

ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde

AVC-Acidente Vascular Cerebral

BO-Bloco Operatório

BIS – Índice Bispectral

BPS – Behavioral Pain Scale

CAM-ICU – Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CH-Centro Hospitalar

DAV- Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção-Geral da Saúde

DVE - Derivação Ventricular Externa

ECG- Escala de Coma Glasgow

ECMO- *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EMC- Enfermagem Medico-Cirúrgica

EEMC-Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPC – Enterobacteriáceas Produtores de Carbapenemases

et al. – E outros

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

HSA- Hemorragia Subaracnoídea

HSAa- Hemorragia Subaracnoídea Aneurismática

HIC-Hipertensão Intracraniana

IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ISBAR – Identificação, Situação atual/causa, Antecedentes/anamnese, Avaliação, Recomendações

LASA - Look-Alike, Sound-Alike

MCEEMC- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

NIHSS - National Institutes of Health Stroke

NAS – Nursing Activities Score

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infeção

PBVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PIC – Pressão Intracraniana

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PSC- Pessoa em situação crítica

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SE-Sala de Emergência

SMI-Serviço de Medicina Intensiva

SPIKES- Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Explore emotions; Strategy and Summary

SU-Serviço de Urgência

SPCIRA – Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

TCE – Traumatismo Cranio-Encefálico

TET- Tubo endotraqueal

UCPA-Unidade Cuidados Pós-Anestésicos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

WHO – World Health Organization

RESUMO

A hemorragia subaracnoídeia (HSA) por rotura de um aneurisma cerebral é uma emergência médica extremamente grave e potencialmente fatal que requer tratamento imediato. Além dos danos diretos causados pela hemorragia, a HSA também pode levar a complicações neurológicas, como convulsões, hidrocefalia e vasoespasmo, que podem aumentar ainda mais o risco de danos cerebrais e morte. O enfermeiro desempenha um papel crítico na equipa multidisciplinar no cuidado da pessoa com hemorragia subaracnoídea devido à rotura de um aneurisma cerebral, atuando na prevenção de lesões cerebrais secundárias.

Ao desempenhar essas funções de forma proactiva e autónoma, os enfermeiros desempenham um papel essencial na promoção do *outcome* neurológico na pessoa com hemorragia subaracnóideia e na melhoria da qualidade de vida a longo prazo.

No sentido de desenvolver competências de nível avançado, prestando cuidados com segurança e qualidade, baseada em evidência perante a pessoa em situação crítica, desenvolveu-se em paralelo ao estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, que decorreu em duas unidades distintas (Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva) a componente de investigação, relacionada com as Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Rotura de Aneurisma Cerebral.

A primeira parte deste relatório descreve de forma crítica e reflexiva as atividades realizadas e as competências adquiridas durante o Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II e na segunda parte é apresentado todo processo de pesquisa realizado como parte da componente de investigação.

O processo metodológico desenvolvido foi uma *scoping review*, com base na estratégia metodológica do Instituto *Joanna Briggs* para *Scoping Reviews*. Teve como objetivos orientadores da investigação mapear as intervenções de enfermagem à pessoa com rotura de aneurisma cerebral que contribuem para a qualidade dos cuidados, prevenção de complicações e na recuperação da pessoa, assim como identificar lacunas de conhecimento e a necessidade de investigação futura.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Hemorragia Subaracnoídea; Aneurisma Intracraniano

ABSTRACT

Subarachnoid hemorrhage (SAH) due to a ruptured cerebral aneurysm is a severe and potentially fatal medical emergency that requires immediate treatment. In addition to the direct damage caused by hemorrhage, SAH can also lead to neurological complications such as seizures, hydrocephalus, and vasospasm, which Will further increase the risk of brain damage and death. The nurse plays a critical role in the multidisciplinary team in the care of a person with subarachnoid hemorrhage due to the rupture of a cerebral aneurysm, acting in the prevention of secondary brain injuries.

By performing these functions proactively and autonomously, nurses play an essential role in promoting the neurological outcome in a person with subarachnoid hemorrhage and improving their long-term quality of life.

To develop advanced skills levels in providing safe and quality care, based on the evidence of persons in critical situations, the investigation related to Interventions of Nursing on a person with a rupture brain Aneurysm was developed in parallel to the internship of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the Area of Specialization for a Person in Critical Situations, which took place in two different units (Emergency Service and Intensive Medicine Service).

The first part of this report critically and reflectively describes the activities carried out and the skills acquired during the Nursing Internship for Persons in Critical Situations II and the second part presents the entire research process carried out as part of investigation.

The methodological process developed was a scoping review, based on the methodological strategy of the Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews. The guiding objectives of the investigation were to map nursing interventions for a person with a ruptured cerebral aneurysm that contribute to the quality of care, prevention of complications, and to the person's recovery, as well as identify knowledge gaps and the need for future research.

Keywords: Nursing Care; Subarachnoid Hemorrhage; Intracranial Aneurysm

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Exemplo de estratégia de pesquisa na base de dados CINAHL (via EBSCO) 80
Tabela 2: Artigos incluídos na scoping review 84
Tabela 3: Intervenções de Enfermagem à pessoa com rotura de aneurisma cerebral, baseadas na CIPE ® versão 2020 87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma PRISMA-ScR 83

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....19

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO 25

1. Enquadramento dos contextos de estágio 27

1.1. Estágio em contexto de urgência 27

1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos 32

2. Competências comuns do enfermeiro especialista 35

2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....35

2.2 Competências do Domínio da Melhoria Continua da Qualidade 40

2.3 Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados 43

2.4 Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....46

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica 51

3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;.....52

3.2 Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação 59

3.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas 62

4. Considerações finais.....67

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....69

1. Resumo 71

2. Abstract 73

3. Fundamentação/enquadramento teórico 75

4. Finalidade e objetivos.....77

5. Metodologia.....79

5.1. Desenho do estudo 79

5.2. Considerações éticas 81

6. Resultados 83

7. Discussão 91

8. Conclusão 97

CONSIDERAÇÕES FINAIS 99

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 101

ANEXOS 119

ANEXO I: DECLARAÇÃO PRESENÇA 1ª REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR VIA VERDE AVC 121

APÊNDICES 125

APÊNDICE I: PROCEDIMENTO ESPECÍFICO SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA 127

APÊNDICE II: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTICIAS-GUIA ORIENTADOR 135

APÊNDICE III: TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS 145

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório insere-se na unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

O ciclo de estudo conducente ao grau de mestre na especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, surge na sequência de um conjunto de orientações legais nomeadamente nas constantes no capítulo III do Decreto-Lei nº 63/2016 que revoga, altera e atualiza o Decreto-Lei 74/2006 e define capacidades e competências que conferem o grau de mestre e o Despacho nº 3034/2018 de 23 de Março onde é publicada a sua estrutura e o seu plano de estudos. Tendo por base uma reflexão crítico-reflexiva e fundamentada, o relatório final de estágio, tem como principal objetivo descrever o percurso do estudante demonstrando o desenvolvimento de competências especializadas, centrado no Regulamento de competências específicas e comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A problemática central deste percurso académico foi as Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Rotura de Aneurisma Cerebral. A escolha da temática, exigindo investigação e alinhada com as competências referidas anteriormente resulta do meu interesse pessoal e profissional. A relevância deste tema é evidenciada pela causa significativa de mortalidade e morbilidade mundial, o impacto significativo na saúde pública, a sobrevida das pessoas, a complexidade dos cuidados necessários e o papel diferenciador que o enfermeiro especialista pode ter (Kane et al., 2023). Concomitantemente, e em contexto profissional, exerço funções numa enfermaria onde são admitidas pessoas do foro neurocirúrgico nomeadamente pessoas com rotura de aneurisma cerebral (frequentemente provenientes do Serviço de Urgência (SU) ou do Serviço de Medicina Intensiva (SMI)). Desta forma, considero que o âmbito do meu contexto profissional possibilita o reconhecimento de lacunas na prestação de cuidados à pessoa aneurisma cerebral roto.

Numa lógica de enriquecimento do percurso formativo e reflexivo, foram contemplados dois momentos de estágio que fizeram parte do plano de estudos, nomeadamente, num Serviço de Urgência (SU) polivalente e num serviço de Medicina Intensiva de um Centro Hospitalar da região centro. A escolha destes contextos de estágio teve como suporte a reconhecida

qualidade da instituição no sentido em que é um hospital dotado de respostas adequadas para situações de doença de elevada complexidade e servido por recursos humanos e tecnológicos de elevada diferenciação, possibilitando um aporte de conhecimentos e aprendizagens.

A Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) tem como alvo da sua intervenção a pessoa/família em situação crítica, entendendo como PSC "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" (Ordem Enfermeiros, 2018,p.19362).

A rotura de aneurisma cerebral trata-se de uma situação de emergência em neurocirurgia, é uma causa significativa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo, com uma taxa de mortalidade de cerca de 50% (Kane et al., 2023). Os aneurismas são dilatações patológicas das artérias intracranianas e podem ser classificados de acordo com sua configuração, etiologia ou sintomas clínicos cerebrais e afetam cerca de 2-5% da população mundial (Hackenberg & Etminan, 2021).

Quando ocorre uma hemorragia cerebral, é frequente surgirem complicações que desafiam o enfermeiro. É essencial conceber e implementar cuidados de enfermagem adequados e especializados com o objetivo de restabelecer o melhor *outcome* possível da pessoa (Nosiadek et al., 2023). Os enfermeiros que cuidam de pessoas após Hemorragia Subaracnoídea devem ser confiantes e competentes na avaliação do estado neurológico, é importante identificar e relatar quaisquer alterações súbitas no estado neurológico porque estas podem ser indicadores precoces do desenvolvimento de complicações. Os cuidados de enfermagem devem ser abrangentes e bem organizados. O enfermeiro como membro da equipa interdisciplinar influencia significativamente o processo de recuperação dos doentes após a HSA (Bowles, 2014; Nosiadek et al., 2023).

O papel do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa com AVC é vital dentro da equipa de saúde, assegurando que a pessoa receba os cuidados especializados necessários para alcançar a melhor recuperação possível. A capacidade do enfermeiro especialista em promover a segurança e a qualidade dos cuidados, além de melhorar os resultados da pessoa, é bem demonstrada e amplamente reconhecida nas diretrizes nacionais baseadas em evidências atuais (Royal College of Nursing, 2014).

Segundo Oliveira et al (2021) o enfermeiro deve apresentar preparação para cuidados avançados, mantendo-se atualizado com a literatura e acompanhando os avanços tecnológicos, focando-se na pessoa e sua melhoria. Ainda segundo os mesmos autores, os

profissionais de enfermagem são primordiais para um bom resultado das condutas terapêuticas priorizadas para a pessoa com HSA por rutura aneurisma cerebral sendo fundamental a capacitação e a sensibilização dos profissionais de enfermagem para intervenções especializadas, norteadas em evidências científicas.

A maior parte da literatura existente não se aprofunda na perspetiva do enfermeiro ao cuidar de uma pessoa com HSA aneurismática, sendo possível que as intervenções e avaliações encontradas nas diretrizes sejam perdidas ou não sejam conhecidas pelos enfermeiros. Como resultado, as suas preocupações podem ser críticas para melhorar a qualidade do cuidado e podem impulsionar futuras práticas baseadas em evidências (Livesay et al., 2018; Wuchner et al., 2012).

Considerando esta problemática, o facto de não termos identificado nenhuma revisão da literatura sobr o tema e a ausência de sistematização no processo de acompanhamento, foi realizada uma *scoping review* segundo a metodologia Joanna Briggs Institute, com o intuito de mapear as intervenções de enfermagem à pessoa com rotura de aneurisma cerebral, que contribuem para a qualidade dos cuidados, prevenção de complicações e na recuperação da pessoa, assim como identificar lacunas de conhecimento e a necessidade de investigação futura.

Os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência, mobilizam conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à complexidade das situações de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica o enfermeiro especialista na área da Pessoa em Situação Crítica é responsável na prevenção de complicações inerentes à situação de doença aguda ou crónica, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Seguindo o modelo de aquisição de habilidades de Dreyfus (1980), citado por Benner (2001), o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista ocorre ao longo de cinco estágios que são: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito, onde ao longo do percurso, vão sendo adquiridos conhecimentos/competências, para melhor responder às necessidades do doente e seus familiares, assim como às situações impostas pelo contexto.

Esses níveis representam uma trajetória de desenvolvimento que vai desde o iniciado até o especialista ao longo da carreira de um enfermeiro. É importante observar que Benner enfatiza a importância da experiência prática no desenvolvimento dessas competências, e cada enfermeiro pode progredir através desses estágios em diferentes velocidades e em

contextos variados. O aprofundar destas competências permite um crescimento sustentado e orientado, com a pretensão de desenvolver características de enfermeiro perito.

Na prática clínica o enfermeiro necessita apoiar-se num modelo teórico para prestar uma assistência de qualidade (Barbosa & Silva, 2018). O modelo conceptual que serviu de suporte na prestação de cuidados de enfermagem nos contextos de estágio e a este relatório foi a teoria de Enfermagem de Callista Roy. O Modelo de Adaptação de Roy é um modelo teórico que auxilia a organizar o cuidado em enfermagem, fundamentando o conhecimento em métodos científicos que guiam a prática profissional (Coelho & Mendes, 2011). A teoria de Callista Roy descreve o processo de enfermagem em cinco etapas, começando pela investigação ou avaliação do comportamento da pessoa, seguida pelos diagnósticos de enfermagem, estabelecimento de metas, plano de implementação ou intervenção e finalmente a avaliação (Eleto Hamadé et al., 2020). Ao analisar a Teoria da Adaptação de Callista Roy, identifica-se um referencial teórico que orienta o cuidado a pessoas que necessitam de adaptar-se às novas condições de saúde e doença. Esse referencial é particularmente relevante para pessoas que sofreram um AVC, já que essa condição provoca estímulos que exigem uma resposta adaptativa da pessoa (Costa et al., 2016). A Teoria de Roy permite reconhecer que as pessoas, por meio de estímulos, podem desencadear respostas positivas ou negativas em diversas situações. Ao capacitar o enfermeiro para implementar ações de cuidado que favoreçam respostas adaptativas, contribui para adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida das pessoas (Eleto Hamadé et al., 2020).

O processo de enfermagem fundamentado na teoria de Roy melhora o cuidado à pessoa com AVC, pois foca os estímulos que provocam respostas e exigem adaptação da pessoa (Costa et al., 2016).

No sentido de estruturar o corpo do relatório, este está organizado em duas partes: componente de estágio e componente de investigação.

Na primeira parte procurou-se descrever o percurso efetuado ao longo dos contextos do estágio, referindo as atividades desenvolvidas, de acordo com os objetivos específicos previamente delineados, demonstrando a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Medico Cirúrgica (EMC) na área de enfermagem à pessoa em situação crítica através de uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva.

Na componente de investigação apresenta-se o resumo do trabalho onde será desenvolvida a componente de investigação em enfermagem, e onde figurarão os seguintes elementos: a identificação da questão de investigação, relacionado com a prática clínica em contexto de estágio; planeamento metodológico para a resolução da questão identificada; e apresentação de resultados, discussão e conclusão.

Por último, a conclusão, onde se fará alusão às conclusões relativas ao percurso realizado nos locais de estágios, serão igualmente abordadas as potenciais implicações para a prática clínica para a formação e investigação, bem como a sugestões de melhoria contínua.

O documento foi elaborado de acordo com as normas de realização de trabalhos escritos da ESSNorteCVP.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

Os contextos da prática clínica desempenham um papel crucial no desenvolvimento de competências e no alcance de objetivos pessoais e profissionais na área da saúde. Esses contextos incluem diversos elementos, como o ambiente de trabalho, as interações com doentes e colegas, os recursos disponíveis e as políticas organizacionais (Carvalho et al., 2019). O desenvolvimento desta unidade curricular decorreu em dois momentos distintos: o primeiro momento de estágio realizou-se num Serviço de Urgência entre 02 de outubro de 2023 a 08 de dezembro de 2023 e o segundo num Serviço de Medicina Intensiva de 11 de dezembro de 2023 a 12 de março de 2024, de um Centro Hospitalar (CH) da região centro do país. Este CH apresenta no seu Plano de Desenvolvimento Estratégico 2020-2022 um serviço que pauta pela missão de prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação aos doentes da sua área de influência e outros de proveniência nacional e internacional. É um hospital dotado de respostas adequadas para situações de doença de elevada complexidade e servido por recursos humanos e tecnológicos de elevada diferenciação.
Seguidamente apresenta-se uma caracterização de forma sumaria de cada contexto de estágio de forma a contextualizar a sua componente física e organizacional.

1.1. Estágio em contexto de urgência

De acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2002, os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que visam fornecer cuidados de saúde em todas as situações definidas como urgências e emergências médicas, considerando situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata (Ministério da Saúde, 2002).
Torna-se assim pertinente a realização deste estágio em contexto de SU uma vez que este é um dos contextos onde frequentemente podemos encontrar PSC, foco da intervenção do enfermeiro, desenvolvendo assim competências especializadas na área da PSC.
Conforme é definido no Despacho nº 10319 de 2014 a Rede de SU integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB); Serviço de Urgência Médico -Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Este SU é um serviço de urgência polivalente, sendo o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência. Abrange uma ampla gama

de valências médicas nomeadamente: Área de Triagem, Sala de Emergência (SE), Urgência Básica, Área Médica, Área Cirúrgica (Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Vascular, Urologia, Otorrinolaringologia), Área de Ortopedia, Área de Ginecologia, Área de Psiquiatria, Gabinete de Informações. Está equipado com meios avançados incluindo meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e faz parte das redes de encaminhamento das vias verdes e centro de trauma.

À data de realização deste estágio o serviço de urgência encontrava-se em obras de requalificação, provocando constrangimentos a vários níveis, nomeadamente no circuito da pessoa e na organização dos espaços, em particular a sala de emergência que encontra-se afastado do posto de triagem e não tem acesso direto a partir da entrada conforme normas da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) , IP, 2019). É necessário atravessar 3 corredores para aceder a SE, tornando o percurso mais demorado, podendo atrasar o tempo de resposta.

A equipa do SU é constituída por 175 enfermeiros e 104 assistentes operacionais sensivelmente, onde estão incluídas a Enfermeira Gestora, Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, e duas assessoras na gestão dos recursos materiais e equipamentos, horário e outras responsabilidades dos quais 63 são especialistas em EMC. Este rácio não está de acordo o preconizado segundo o regulamento das dotações seguras, Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, que recomenda que 50% dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem dos SU sejam especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), em permanência nas 24 horas. Os Enfermeiros na sua maioria são portadores de formação em Suporte Avançado de Vida e Trauma, transporte do doente crítico, Triagem de Manchester e muitos integram equipas do Instituto Nacional de Emergência Médica. Alguns elementos da equipa encontram-se a frequentar a especialização em EMC-PSC.

A coordenação do turno é atribuída a EEMC, tendo como uma das responsabilidades a gestão dos cuidados, nomeadamente a distribuição diária dos enfermeiros EMC pelas diversas áreas do SU. Os serviços de urgência, maioritariamente, recetores de pessoas em situação aguda de doença, ou pessoas em situação crítica, exigem necessidade de uma assistência médica rápida ou imediata.

O enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica ao assumir a coordenação no serviço de urgência traz vantagens significativas, respondendo eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotor da segurança e da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica,

no parecer n.º 20/2015, afirmou que dispondo as equipas dos Serviços de Urgência de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, deverão ser estes a assumir as funções de chefe de equipa (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico- Cirúrgica, 2015).

Esse processo envolve a alocação de enfermeiros com base nas suas competências, habilidades e experiências, de modo a otimizar o desempenho da equipa e garantir a qualidade e segurança dos cuidados no atendimento à pessoa.

O método de trabalho utilizado é o método individual permitindo cuidados personalizados, centrados na pessoa durante o turno (Ventura-Silva et al., 2021). Este método favorece a relação enfermeiro-utente resultando num atendimento próximo, humanizado e personalizado. Permite a continuidade dos cuidados prestados e favorece a diminuição do número de erros e/ou esquecimentos, aumentando tudo isto a qualidade dos cuidados (Parreira et al., 2023).

O CH utiliza o Sistema Triagem de Manchester cujo objetivo é fazer a triagem baseada em prioridades clínicas, e é realizada pelo enfermeiro. De acordo com o despacho n.º 10319/2014, é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU, exigindo que sejam estabelecidos critérios de atendimento. O método de triagem identifica, perante a queixa apresentada, um critério de prioridade, não estabelecendo diagnósticos clínicos (Grupo Português de Triagem, 2021). No caso da triagem de prioridades nas urgências de adultos, recomenda -se que este posto seja assegurado, preferencialmente, por enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). A triagem era assegurada por enfermeiros com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades, mas nem sempre EMC. Esta situação, segundo a enfermeira gestora prende-se pelo faco de não haver recursos suficientes de Medico Cirúrgica para assegurar os postos de triagem. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018b) o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) possui competências específicas que o qualificam para atuar em situações complexas e críticas, como as encontradas em serviços de urgência.

O EEMC possui formação específica que lhe permite identificar rapidamente condições médicas críticas e potencialmente fatais, garantindo intervenções rápidas e adequadas.

A recomendação de que a triagem seja realizada por enfermeiros especialistas em Médico-Cirúrgica é fundamentada na necessidade de garantir uma assistência de qualidade e segurança, maximizando os resultados positivos para a pessoa.

A pessoa é encaminhada de acordo com as normas previamente definidas e padronizadas, respeitando e a seriação feita na triagem, à respetiva área de atendimento com a maior brevidade possível.

A Sala de Emergência (SE) acolhe pessoas com prioridade laranja e vermelha, em instabilidade hemodinâmica. Comporta espaço para 7 unidades, dotadas de monitorização (invasiva e não invasiva), ventilador, rampas de oxigénio e de aspiração. Dispõe das logísticas necessárias para o apoio muito urgente ou emergente, considerando o tratamento de doentes em estado crítico, com condições para suporte avançado de vida, como recomendado pela ACSS-Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2019). Possui material de intubação endotraqueal, acesso vascular (venoso e arterial), intraósseo, drenagem torácica, cateterização urinária, equipamento de reanimação pediátrica, carros de emergência, desfibrilhador, um compressor mecânico externo, *kit* de partos, ecógrafo, carro de via aérea difícil, frigorifico e estufa para aquecimento de fluidos, gasómetro entre outros equipamentos de apoio à prática clínica.

Quando há ativação da via verde acidente vascular cerebral (AVC), Trauma, Coronária e Sépsis), a pessoa entra diretamente para a sala de emergência sem passar pela triagem. Na via verde AVC é realizado um contacto do neurologista com o enfermeiro responsável pela sala de emergência no sentido de agilizar o mais célere possível os cuidados a pessoa com AVC, com o objetivo de não atrasar o tratamento. A ativação da equipa de apoio à Sala de Emergência é efetuada através de campainha de aviso a partir da entrada da sala. Outras vezes é na triagem ou na área médica onde há o reconhecimento de sinais de agravamento e instabilidade sendo a pessoa encaminhada de imediato para a SE.

Em Portugal, não existem números concretos de dotação segura para alocação de enfermeiros à sala de emergência, nem regulamentação sobre a necessidade de enfermeiros dedicados exclusivamente a essa função (Ferreira et al., 2020). É recomendado que os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência e os que são designados como responsáveis de turno, sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Tendo como competências específicas do EEMC-PSC, prestar cuidados à pessoa em situação emergente e antecipar focos de instabilidade e risco de falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b) faz todo o sentido o EEMC-PSC assumir este papel na sala de emergência. Na sala de emergência estão distribuídos por norma, 5 enfermeiros durante o dia, e 3-4 durante o período noturno.

A coordenação da sala de emergência era sempre que possível atribuída a um EEMC-PSC. A enfermeira gestora perante um enfermeiro EMC recém-especializado em detrimento de um enfermeiro sem EEMC mas com vasta experiencia em urgência/emergência atribuía a coordenação da sala de emergência ao enfermeiro com vasta experiencia. Leva à reflexão de quem deveria nesta situação assumir-se como coordenador da sala de emergência, sendo que o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém um conjunto de competências adequado para dar resposta às necessidades de cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pronunciou-se no Parecer MCEEMC n.º 20/2015, que dispondo as equipas dos serviços de Urgência de profissionais com competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, deverão ser estes a exercer as funções de chefe de equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

A coordenação da sala de emergência atribuída a um EEMC-PSC está alinhada com a teoria de Benner, onde a excelência na prática de cuidados de saúde é alcançada quando os enfermeiros desenvolvem perícia profissional através da aprendizagem experiencial (Benner, 2001). Mesmo que um enfermeiro sem especialização em EMC, mas com vasta experiência em urgência/emergência, possa ser altamente competente, a formação adicional e o desenvolvimento contínuo de um EEMC proporcionam uma garantia de qualidade e segurança nos cuidados prestados.

Na sala de emergência adotado o método individual, sempre com espírito de entreajuda na maioria dos elementos da equipa e colaboração em situações de emergência. Após a estabilização da pessoa na sala de emergência, a mesma é transferida para o local previamente determinado (de acordo com a especialidade médica) sendo acompanhada pelo enfermeiro responsável por essa pessoa. A transição de cuidados sempre que possível era efetuada segundo a técnica ISBAR (I: Identificação, S: Situação atual, B: Antecedentes, A: Avaliação, R: Recomendações). De acordo com a Norma nº 001/2017 da Direção Geral da Saúde (DGS) (Direção-Geral da Saúde, 2017a), a técnica ISBAR deve ser utilizada por todos os prestadores de cuidados, independentemente do nível de cuidados. A técnica ISBAR é uma mnemónica que pretende, através de forma simples, memorizar toda a informação fundamental a ser transmitida entre equipas prestadoras de cuidados (INEM, 2022).

Nas áreas médicas e cirúrgicas também existe um enfermeiro responsável, especialista em enfermagem Médico-cirúrgica na gestão dos cuidados e articulação com outros setores e enfermeiro coordenador do SU. Para a urgência básica (Área Médica 1) são alocadas as situações mais simples e comuns de urgência, sendo o primeiro nível de acolhimento a

situações de urgência (Ministério da Saúde, 2014). Para a Área Médica 2, são encaminhadas as pessoas que necessitem de observação por diferentes especialidades médicas. Por falta de recursos humanos (médicos) nem sempre foi possível assegurar a urgência básica. Esta problemática associada as obras, e a afluência elevada de pessoas, levou a um excesso de pessoas aglomeradas pelos corredores, assim como aumento de tempos de espera, levando à dificuldade de uma vigilância adequada. Traduzindo ainda em falta de privacidade nos cuidados, menor conforto, risco de transmissão de infeção e afetando a humanização dos cuidados.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos para este momento de estágio:

- Desenvolver competências na área da gestão e coordenação de recursos humanos e materiais, centrados no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, com especial enfoque na segurança da medicação no Serviço de Urgência;
- Desenvolver estratégias para melhorar a comunicação e o acolhimento com a pessoa/família em situação de emergência, promovendo humanização dos cuidados no serviço de urgência;
- Desenvolver competências de intervenção do enfermeiro especialista médico-cirúrgica-PSC no âmbito da via verde AVC instituída no SU, mais especificamente, no doente AVC Hemorrágico.

1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) são unidades hospitalares projetadas para a observação e tratamento de pessoas em situação clínica crítica, mas com potencial reversível com necessidade de monitorização constante e apoio para suas funções vitais, sendo a equipa dedicada a esses serviços composta por profissionais médicos e de enfermagem altamente especializados (ACSS, 2013) .

São responsáveis pela pessoa crítica em qualquer parte do hospital, incluindo a sala de emergência, unidades intensivas e intermédias, bem como no internamento através das equipas de emergência interna e do exercício de consultadoria (Ministério da Saúde, 2017). Essa abordagem abrangente visa garantir uma gestão consistente e eficaz da pessoa crítica em todas as fases do tratamento hospitalar.

De acordo com o nível de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis, é comum estabelecer três níveis de cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2013).

Conforme descrito pelo Ministério da Saúde em 2013, o Serviço de Medicina Intensiva onde o estágio foi realizado é classificado como uma unidade de nível III. Estas unidades são

conhecidas como Serviços de Medicina Intensiva ou Unidades de Cuidados Intensivos e são recomendadas para terem quadros próprios, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas. Encontra-se distribuído em três pisos: o piso 1 (Unidade A) com doze unidades, onde estão incluídos duas unidades prioritárias de isolamento, o piso -1 (Unidade C) com uma área menor, sendo composto por 8 unidades, e o piso -3 (Unidade B), que emergiu das necessidades impostas pela pandemia, constituído por quinze unidades. Como serviços de proximidade, seguindo as recomendações técnicas para as instalações de Unidade de Cuidados Intensivos, estão o Bloco Operatório (BO) e respetiva unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA) e o serviço de radiologia.

Os doentes internados no SMI têm várias proveniências, sendo que a maioria, provem dos Serviços de Urgência, Bloco Operatório/Unidade de Cuidados Pós Anestésicos e Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios.

Nos diferentes pisos, as unidades estão distribuídas em *open space* sem barreiras físicas a separá-las, com um posto central de trabalho e vigilância. A partir desta zona é possível fazer uma coordenação funcional de toda a unidade, uma vigilância da monitorização de todas as pessoas e ainda realizar registos de enfermagem, mas levanta a questão da falta de privacidade durante os procedimentos. Ainda na Unidade A existem duas unidades individualizadas, uma delas onde costumam ser colocadas PSC em isolamento (de gotículas ou via aérea) e a outra preparada para receber pessoas em *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO).

O SMI é dotado de uma equipa de enfermagem constituída por 113 enfermeiros sendo 33 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico – Cirúrgica. As dotações não estão em acordo com as recomendações do Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), que preconiza que na constituição das equipas das UCI, 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Esta recomendação é fundamentada num clima em que a qualidade e a segurança são os principais objetivos das organizações em todo o espectro dos cuidados de saúde, estando claro que os enfermeiros especialistas são um recurso valioso com motivação e potencial para fornecer resultados (Royal College of Nursing, 2014).

A presença de enfermeiros nestas unidades, com formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos cuidados, equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estas unidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

O papel de coordenação de turno era assumido preferencialmente por EEMC – PSC. No turno da manhã a sua função é exclusivamente de coordenação, nos restantes turnos acumula a responsabilidade da coordenação com a prestação de cuidados. O rácio enfermeiro/doente é de 1:2, podendo variar em circunstâncias específicas como a pessoa em ECMO. Para tal, o enfermeiro coordenador aquando da realização da distribuição dos enfermeiros pelos doentes tem de ter em conta várias variáveis, muitas vezes perante uma equipa composta por profissionais recém-admitidos na unidade ou recém-formados. O enfermeiro coordenador tem em consideração, além das caraterísticas pessoais e profissionais de cada elemento, o score atribuído aos doentes na escala de NAS (Nursing Activities Score) por forma a distribuir o mais equitativamente possível os doentes pelos colegas.

Neste momento de estágio foram definidos como objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre os diferentes tipos de liderança em enfermagem e de gestão de conflitos, adequados à complexidade do serviço de Medicina Intensiva;
- Desenvolver competências de diagnóstico e intervenção de enfermagem na melhoria do *outcome* na pessoa em situação crítica com rotura Aneurisma Cerebral (AC);
- Desenvolver competências de diagnóstico e intervenção no delirium;
- Desenvolver competências de intervenção no âmbito da Comunicação de Más Notícias;
- Desenvolver competências de intervenção na promoção de adesão dos profissionais de saúde na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Os cuidados de saúde incluindo os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). As pessoas apresentam condições de saúde cada vez mais complexas o que requerem uma abordagem mais especializada por parte dos profissionais de saúde. Os enfermeiros precisam ser capazes de gerir eficazmente essas condições, coordenar cuidados multidisciplinares e fornecer educação e apoio adequados à pessoa e família. Neste sentido, e de acordo com o Regulamento 140/2019, enfermeiro especialista, é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Para obter o título de enfermeiro especialista, é necessário que, além de cumprir as competências definidas nos regulamentos da respetiva especialidade em Enfermagem, os profissionais possuam um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de cuidados de saúde. Estas compreendem as dimensões da educação das pessoas (pessoa/ família/ comunidade) e dos pares, de orientação, de aconselhamento, de liderança, de responsabilidade em descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que possibilite a melhoria da prática baseada na evidência da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Assim, o conteúdo funcional comum a todos os enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista é organizado em quatro domínios principais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A Enfermagem, enquanto profissão autorregulada (Nunes, 2013), tem definidos tanto no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os princípios éticos e deontológicos que fundamentam o seu exercício (Nunes, 2013). São ferramentas essenciais para orientar a prática ética, segura e de qualidade na Enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados e a integridade da profissão.

O enfermeiro especialista, no desempenho das suas funções, deve estar ciente das implicações éticas, legais e deontológicas associadas às decisões que toma em relação à pessoa sob seus cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

O respeito pela pessoa no contexto do cuidado do enfermeiro está intimamente ligado ao conceito de dignidade humana. Dignidade, originada das palavras latinas "Digno" e "Dignitas", possui dimensões intrínsecas e extrínsecas, as quais não são uniformes para todos os seres humanos, mas, sim, específicas para cada indivíduo em um dado momento, levando em consideração aspetos culturais e sociais (Rafiq et al., 2021).

No ambiente muitas vezes caótico como o serviço urgência, o enfermeiro especialista, mostrou a diferença no respeito pela dignidade da pessoa, muitas vezes comprometida pela estrutura física do serviço de urgência. Demonstrou perante a equipa a importância de ouvir as necessidades e desejos da pessoa, envolvendo-a na tomada de decisão. Proporcionou num caso particular de uma situação paliativa agudizada, a valorização do conforto colocando a pessoa num espaço físico adequado, isento de ruídos, e com privacidade protegida com cortinas. Em conjunto com a enfermeira tutora, mobilizamos os recursos dentro da equipa agilizando o internamento da pessoa de uma forma mais célere possível.

As unidades de cuidados intensivos são áreas de alta dependência, com pessoas necessitando de cuidados complexos, tornando-as dependentes dos prestadores de cuidados de saúde (Rafiq et al, 2021). Segundo Rafiq et al (2021), a dignidade no cuidado à pessoa tornou-se mais importante com o aumento do uso da tecnologia nos cuidados de enfermagem. Isto tem gerado debates relevantes sobre como humanizar as unidades de cuidados intensivos e se a humanização é mesmo necessária (Kvande et al., 2022). A palavra humanização é usada frequentemente para descrever uma abordagem de cuidados de saúde mais centrada na pessoa, embora não isenta de debate, sendo que muitas vezes o foco dos cuidados desvia-se do aspeto humano para se concentrar na doença, na intervenção ou na tecnologia (Velasco Bueno & La Calle, 2020). Durante o decorrer do estágio procurei sempre um papel dinamizador na prestação de cuidados humanizados, valorizando a dignidade da pessoa, promovendo empatia, a comunicação com a pessoa e família, e muitas vezes proporcionando a presença de familiares nos cuidados, minimizando os medos, receios e ansiedade. A permanência da família no SMI estava condicionada ao horário das visitas, imposta pelas circunstâncias criadas pelo internamento, muitas vezes rígidas. O enfermeiro especialista no sentido de proporcionar cuidados de enfermagem humanizados, criava condições para que o familiar participasse nos cuidados com períodos de visita flexíveis, ou até contratualizar com o familiar a participação nos cuidados, como a higiene e a alimentação.

O envolvimento e a colaboração com as famílias nos cuidados de enfermagem dependem significativamente das atitudes dos enfermeiros em relação ao papel e à importância das famílias nos cuidados ao doente (Hagedoorn et al., 2021). A equipa de saúde deve considerar a família como parte integrante do cuidado à pessoa em situação grave (Imanipour et al., 2019). Medidas que foram alvo de reflexão perante a equipa de enfermagem no sentido de implementar estratégias facilitadoras para a presença mais alargada da família. O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na promoção e implementação dessas mudanças dentro da sua equipa, garantindo que as práticas de cuidado sejam centradas na pessoa e família (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Foi gratificante ver e refletir como o enfermeiro especialista pode desmitificar o ambiente mecânico da UCI, ao considerar a tecnologia como uma ferramenta que complementa e melhora a prestação de cuidados e não substitui a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa. Como exemplo explicar à pessoa o propósito do ventilador e monitores, minimizar os ruídos, regular a luz e quando possível proporcionar luz e uso dos bens pessoais. Delaney et al., (2017) refere como principais fontes de ruído no ambiente de cuidados intensivos, as conversas da equipa e o som dos alarmes dos equipamentos, contribuindo para perturbações do sono (Delaney et al., 2017). O ambiente físico dos cuidados intensivos deve permitir que o processo de cuidado seja realizado em ambiente saudável, o que ajuda a melhorar o estado físico e psicológico da pessoa internada (Calle et al., 2017). A mudança de comportamentos é fundamental e o enfermeiro especialista deve ser veículo promotor dessa mudança para um ambiente terapêutico seguro e de qualidade (Marcelo & Santiago, 2022).

Humanização representa assim um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural das pessoas adoecidas (Sanches et al., 2016).

Outro aspeto alvo de reflexão neste contexto diz respeito à privacidade da pessoa/família. A arquitetura do SMI, em *open space* dificulta a privacidade da pessoa/família, pela presença de várias pessoas numa área comum aberta. No SMI, aquando da minha prestação de cuidados era frequente a utilização de biombos, durante os cuidados ou sempre que a situação assim o exigisse, permitindo a minimização da exposição do corpo, salvaguarda da privacidade e intimidade da pessoa. O enfermeiro especialista tem aqui um papel de incentivo e dinamizador destas medidas, promovendo, segurança, privacidade e dignidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Assim, vamos ao encontro do disposto no Artigo 89.º do Código Deontológico, que aborda os deveres de humanização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Os enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos (UCI) estão sujeitos a um ambiente de *stress* e a conflitos éticos, relacionados à proteção dos direitos das pessoas e a obtenção de consentimento informado na realização de procedimentos invasivos (Pishgooie et al., 2019).

Quando uma pessoa não está capaz de exercer a sua autonomia devido a sua condição clínica, incapaz de tomar decisões sobre a sua saúde, que o impossibilita igualmente a obtenção do consentimento informado, levou-me a uma reflexão da existência de algumas opções que contornem esta impossibilidade, nomeadamente o consentimento presumido e a existência de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV). Há consentimento presumido quando uma pessoa é incapaz de dar consentimento informado devido à condição clínica e que pode ser presumido que ela teria consentido em receber tratamento médico se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado (Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 março, 1995). Nesses casos, os profissionais de saúde podem agir com base no consentimento presumido para realizar procedimentos necessários para preservar a vida da pessoa, desde que seja justificado pela situação e não haja indicações contrárias. A Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) ou o Testamento Vital é o documento onde uma pessoa manifesta a sua vontade consciente sobre os cuidados de saúde que deseja receber, ou não, se estiver numa situação clínica sem autonomia para expressar a sua decisão (Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, 2012).

Durante o meu período de estágio no SMI, era frequente a realização de procedimentos, em que os familiares eram chamados a tomar decisões em nome da pessoa, como por exemplo, a realização de traqueostomia numa pessoa com entubação prolongada ou decisão de novos tratamentos, dada a ausência formalizada da DAV através de documento escrito. O enfermeiro especialista, que se pressupõe detentor de um conjunto de competências éticas, deontológicas e jurídicas, assume-se como uma referência dentro da equipa na liderança dos processos complexos de tomada de decisão ética. Portador de elevado juízo critico-reflexivo, é esperado que construa estratégias de resolução de problemas em parceria com os intervenientes (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Pude presenciar e fazer parte desta abordagem à família, mostrando disponibilidade e dando oportunidade e tempo às famílias para a colocação de dúvidas e inquietudes. O enfermeiro especialista age assim como advogado da pessoa, levando os seus pares à reflexão e à mudança de comportamentos.

A humanização dos cuidados em ambientes de urgência enfrenta diversos obstáculos que impactam diretamente a prática dos cuidados pelos profissionais de saúde, salientando sobrelotação e espaços físicos limitados, foco mais nas tarefas do que na humanização, especialmente em situações críticas, o *stress* pelo qual os profissionais estão constantemente

expostos (Radaelli et al., 2019; Sousa et al., 2019). Apesar destas condicionantes, manifestei sempre uma preocupação constante na preservação da intimidade e individualidade da pessoa durante a prestação de cuidados. No Serviço de Urgência, era frequente permanência de doentes no corredor ou mesmo salas amplas sem cortinas. Apesar destes constrangimentos houve sempre preocupação, tanto da minha parte como pela minha tutora, pela privacidade e dignidade da pessoa, colocando cortinas e biombos durante procedimentos e cuidados de higiene. Prática esta que era discutida entre o enfermeiro especialista e colegas de equipa e com outros profissionais de saúde, nomeadamente assistentes operacionais e médicos. Estes ao examinarem a pessoa descuravam a privacidade da pessoa expondo o corpo sem qualquer proteção adequada. As barreiras existentes, manifestadas pela equipa para a não adesão a estas medidas quando estavam relacionadas à estrutura física da unidade e a sobrelotação de doentes causando falta de espaço para a utilização de biombos, por exemplo. De salientar a postura profissional do enfermeiro tutor que mostrou a importância do enfermeiro especialista como agente transformador da realidade da humanização dos cuidados à pessoa em situação de urgência/emergência, valorizando a sua individualidade. Tive sempre a preocupação pelo conforto da pessoa, colocando as pessoas mais fragilizadas pela doença em espaço mais reservado e calmo, permitindo a presença de um familiar.

A informação à pessoa/família foi outro aspeto do qual teve a minha reflexão. Segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Pessoas, consagrada na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto, 1990), as pessoas têm direito à informação sobre a situação da sua saúde: "esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas da pessoa".

Em contexto de SU as informações eram dadas junto à pessoa, o que põe em causa a confidencialidade da informação dada a proximidade de outras pessoas, ou num gabinete de informações à família, junto aos gabinetes de triagem, funcionando com um sistema de senhas. A informação dada neste gabinete era da responsabilidade do enfermeiro, assumindo papel de elo de ligação com a equipa de profissionais de saúde multidisciplinar e família. Diariamente está um enfermeiro distribuído a esse local (não necessariamente um EEMC), mas não existe espaço próprio para a comunicação de más notícias, fruto das condicionantes das obras de restruturação. Essa informação era habitualmente dada junto da pessoa, e na maioria das vezes é dada pelo médico.

No SMI as informações à família são dadas junto à pessoa de uma maneira mais geral, e a comunicação de más notícias normalmente é feita num gabinete mais reservado onde família é contactada previamente, e é acompanhada pelo médico e enfermeiro. O enfermeiro

especialista assume aqui particular destaque, na medida que deve demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação assim como demonstrar conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

No contexto do SMI, tinha como um objetivo especifico "desenvolver competências de intervenção no âmbito da Comunicação de Más Notícias", mas não foi proporcionado nenhum momento de acompanhar a pessoa/família neste processo, contudo procurei dotar-me de conhecimento e evidência sobre o assunto e realizei um guia de orientação para o serviço baseado na pesquisa efetuada (Apêndice II).

Ao longo do meu percurso procurei sempre seguir os princípios éticos, orientando as minhas decisões com base no conhecimento científico e na minha experiência profissional. Sempre levei em consideração a individualidade de cada pessoa/família, esforçando-me, quando viável, por informar e obter o consentimento informado para diferentes procedimentos e tomadas de decisão.

2.2 Competências do Domínio da Melhoria Continua da Qualidade

Num ambiente sobrelotado, como o caso do SU, os profissionais de saúde trabalham em condições de alta pressão, com múltiplas interrupções e restrições de tempo. Assim, há uma possibilidade aumentada de erros e desfechos desfavoráveis (Alshyyab et al., 2019). No decorrer do estágio, fui-me deparando com algumas situações geradoras de desconforto, nomeadamente na segurança do uso do medicamento, levando-me à procura de práticas seguras. A constante interrupção, quer por outros profissionais, quer por telefonemas, aquando da preparação e administração da medicação, é uma realidade quase sempre presente, principalmente na área médica 1. Apesar da área de preparação da medicação estar posicionada numa posição central, que facilita o contacto visual com as pessoas, também é propício a distrações (Freitas et al., 2019). Em comunicação com a enfermeira gestora, foi mencionado que a segurança do medicamento, especialmente em relação à minimização de interrupções e erros de medicação, é sensível e que melhorias estão planeadas para quando as novas instalações do serviço de urgência estiverem disponíveis. No entanto, até que essa mudança ocorra, o risco de erro permanece. Intervenções do enfermeiro especialista podem ser tomadas para mitigar esses riscos enquanto se aguarda a mudança, como por exemplo, consciencializar a equipa para o risco e definir estratégias que o permitam mitigar, uso sinaléticas de "não interromper", formação a toda a equipa sobre segurança do doente, notificação do erro em Sistemas de Notificação de Incidentes e dupla

verificação do medicamento (Costa et al., 2021; Flynn et al., 2016; Luedy et al., 2011). Práticas seguras de administração de medicamentos desde a validação da prescrição no aplicativo informático, até a administração e monitorização da pessoa foram adotadas por mim e pelo enfermeiro tutor, promovendo estas medidas na equipa como uma cultura de segurança. Em relação à norma da DGS dos medicamentos *Look-Alike, Sound-Alike* (LASA) (Direção-Geral da Saúde, 2014), o serviço de urgência dispõe de uma organização de acordo com as orientações.

É imprescindível, portanto que o enfermeiro especialista possua uma visão abrangente do processo de gestão de medicação, e seja uma referência na garantia de segurança e qualidade no uso da medicação, fazendo cumprir as certezas da administração dos fármacos, contribuindo para que a terapêutica medicamentosa seja cumprida de maneira eficiente, responsável e segura, especialmente num ambiente ruidoso e agitado como o SU.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são também um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados. As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são uma preocupação crescente. Elas não apenas agravam o prognóstico das doenças subjacentes, mas também prolongam os internamentos e diminuem a qualidade de vida das pessoas. Como resultado, a morbi-mortalidade aumenta (Alvim et al., 2020). É crucial adotar medidas rigorosas de prevenção e controlo para mitigar o impacto dessas infeções e melhorar os resultados clínicos. A distância mínima entre as macas, fruto da sobrelotação e das obras de restruturação do serviço, possibilita a transmissão das infeções cruzadas, assim como a utilização reduzida de equipamento de proteção individual. O espaço físico reservado para os isolamentos comportava três unidades, localizadas num corredor improvisado (pelo condicionamento das obras), sendo insuficiente para alocar todas as pessoas com necessidade de isolamento. Durante um turno houve a necessidade de isolar uma pessoa portadora de *SARS-CoV-2*, estando o espaço dos isolamentos completos. Assumindo um papel ativo na implementação de estratégias para melhorar a gestão dos isolamentos, em colaboração com o SPCIRA, foi criado uma área de isolamento temporário, utilizando barreiras como biombos, assegurando a privacidade e segurança da pessoa. Foi implementado também de acordo com protocolo instituído pela SPCIRA a limpeza adequada do local. Foi coordenada a equipa de enfermagem para assegurar que as práticas de controlo de infeção fossem rigorosamente cumpridas, nomeadamente o uso de equipamentos de proteção individual e as sinaléticas adequadas ao tipo de isolamento. Todos estes procedimentos levam a um aumento da consciencialização da equipa sobre a importância do cumprimento das normas, como a alocação das pessoas com necessidade de isolamento, higiene das mãos, respeito pela etiqueta respiratória e uso de equipamento proteção

individual. A comunicação clara sobre as normas da SPCIRA, o espaço físico, acesso de alta visibilidade e treino no uso de equipamentos de proteção individual, são fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às práticas de prevenção e controle de infeção (Houghton et al., 2020). Em reunião informal com a enfermeira gestora foi-nos apresentado projeto das futuras instalações do SU, nomeadamente na melhoria da área reservada a isolamentos.

No serviço de medicina intensiva a existência de protocolos oferece uma estrutura clara e consistente para a equipa de enfermagem, ajudando na tomada de decisão rápida e na execução de procedimentos. Além disso, proporciona uma base para a formação e integração de novos profissionais, contribuindo para a coesão da equipa e a redução de erros. A construção e atualização contínua dos protocolos devem levar em consideração as mais recentes evidências científicas, as melhores práticas e a experiência acumulada no serviço. Isso significa que é essencial um sistema robusto de revisão e adaptação dos protocolos para garantir que estejam alinhados com as necessidades e desafios específicos enfrentados pela unidade de cuidados intensivos (Patil et al., 2023).

O enfermeiro especialista tem como função dinamizar a implementação desses protocolos como medidas de melhoria continua e prevenção e controlo da infeção. Durante o estágio no serviço de Medicina Intensiva tive a preocupação de consultar os protocolos existentes, nomeadamente o protocolo de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), com o objetivo promover a segurança da pessoa garantindo praticas baseadas em evidência. Sendo a PAI a infeção mais frequente adquirida em Serviços de Medicina Intensiva (Direção-Geral da Saúde, 2022), responsável pelo aumento da duração da ventilação mecânica invasiva, do consumo de antibióticos, da duração do internamento no SMI e no hospital, é crucial o cumprimento integral da norma, reduzindo a morbimortalidade e custos associados. Pelo particular interesse na pessoa em situação neurocrítica, desenvolvi um procedimento específico sobre Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Drenagem Ventricular Externa (DVE) (Apêndice I). Este procedimento surgiu pela frequência elevada destes dispositivos no serviço, pela necessidade de uniformização dos cuidados (nomeadamente no posicionamento da drenagem) e pela inexistência de uma sistematização dos cuidados. O procedimento encontrando-se à data de realização do relatório, em apreciação pela enfermeira gestora e pelo grupo de trabalho dos Neurocríticos, para posterior aplicação no serviço.

Um dos interesses no decorrer do estágio, e que deu lugar a reflexão com os enfermeiros tutores, e consequentemente a pesquisa bibliográfica sobre o tema foi a comunicação de más notícias. No SMI o acompanhamento dos familiares é feito pelo enfermeiro responsável

e as informações são dadas junto à pessoa. Em caso de situações específicas como o agravamento clínico ou de comunicação de más noticias, o familiar é preparado previamente no sentido de reduzir a ansiedade, mas não existe formalização de nenhum protocolo que possa ser facilitador deste processo. Comunicar uma má notícia é uma atividade que precisa de ser bem executada para evitar efeitos prejudiciais para a pessoa, a sua família e também pelo futuro relacionamento com os profissionais de saúde (Pereira et al., 2013). A forma como o encontro é gerido tem impacto nas relações das pessoas com prestadores de cuidados de saúde, nas suas escolhas de tratamento, na adesão ao tratamento e no processo de cura (Meitar & Karnieli-Miller, 2022). Nesse sentido, foi desenvolvido guião orientador na comunicação de más notícias (Apêndice II) baseado no protocolo SPIKES (Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Explore emotions; Strategy and Summary) de Robert Buckman (Baile et al., 2000). O guião construído em conjunto com enfermeiros tutores encontra-se em validação junto da enfermeira gestora para posterior formação (em contexto de serviço) à equipa de enfermagem.

Dentro das orientações do Regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, foi possível desenvolver e aperfeiçoar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, especificamente no domínio da melhoria contínua da qualidade.

2.3 Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

No âmbito de gestão de cuidados, o enfermeiro especialista fundamenta-se em duas competências primordiais. Ele coordena os cuidados de enfermagem para otimizar o desempenho da sua equipa e pratica uma liderança e gestão de recursos adaptadas às situações e ao contexto específico (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

A intervenção do Enfermeiro Especialista na gestão dos cuidados envolve a otimização das respostas de enfermagem e da equipa. Nesse papel, o enfermeiro assegura a segurança e qualidade dos cuidados, garantindo um ambiente seguro e eficaz. Isso implica coordenar eficientemente as atividades, garantir a colaboração da equipa e implementar medidas para preservar a segurança e a excelência na prestação de cuidados.

No sentido de desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados, defini para ambos os contextos de estágio, objetivos específicos na área da gestão e coordenação de recursos humanos e materiais e aprofundar conhecimentos de gestão e liderança em enfermagem.

No SU acompanhei durante um turno a enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, em funções de coordenação do serviço. Acompanhar o enfermeiro EMC em

funções de coordenador, proporcionou-me uma perspetiva alargada de todas as estruturas de apoio e de articulação para o correto funcionamento do serviço. Refiro-me ao serviço de esterilização, serviço de transportes, serviços farmacêuticos, Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (SPCIRA), entre outros. Para além da gestão diária dos enfermeiros, tendo em conta a especificidade da função a desempenhar e as competências de cada enfermeiro, enfermeiro coordenador é também o responsável pela gestão dos materiais e na revisão e reposição dos *stocks* de medicamentos especiais. A função de coordenação em um serviço de urgência requer habilidades específicas relacionadas à organização, liderança e estabelecimento de prioridades. Em um ambiente de urgência, é crucial estabelecer prioridades para garantir que as pessoas recebam o atendimento necessário de forma oportuna. Isso pode envolver a triagem com base na gravidade de sua condição, alocando recursos de acordo com as necessidades mais urgentes e coordenando o fluxo de pessoas através do serviço de urgência. O enfermeiro especialista em funções de coordenação teve sempre a preocupação de verificar tempos de espera da triagem, de forma a agilizar os gabinetes de triagem. Assumia também o papel de elo de ligação entre a equipa e os diversos profissionais de saúde, gerindo conflitos de forma assertiva, flexível, com capacidade de negociação. São diversas as situações que contribuem para o surgimento dos conflitos, nas equipas de enfermagem tais como: condições laborais desfavoráveis, superlotação do serviço, sobrecarga de trabalho, exigência física do profissional (Santos et al, 2019 citado por Perim et al., 2022).

A gestão de conflitos requer tempo, observação e competências de comunicação eficazes. Uma gestão ineficaz pode resultar em uma ameaça ao trabalho em equipa, frente a isso, é esperado que o enfermeiro desenvolva competências na gestão de conflitos e através de habilidades liderar e gerir diversas situações (Carvalho et al., 2021). Pude constatar, na pessoa da enfermeira coordenadora, uma gestão eficaz de conflitos entre dois profissionais de saúde e entre um profissional de saúde e um familiar de um utente do serviço de urgência. Mostrou capacidades de comunicação, empatia, tolerância ao *stress* e capacidade de negociação. É importante que quem assume a função de coordenação, permaneça neutra e imparcial durante o processo de resolução de conflitos, garantindo que todas as partes sejam ouvidas e tratadas de forma justa. Considerando que a enfermagem tem papel fundamental nas atividades hospitalares, desde o cuidado com a pessoa, tomadas de decisões, até funções de gestão, o enfermeiro tem que assumir um papel de líder (Oliveira & Rodrigues, 2017). A liderança é definida como a capacidade de influenciar um grupo, a fim de buscar e alcançar objetivos (Oliveira & Rodrigues, 2017; Strapasson & Medeiros, 2009). Os enfermeiros podem adotar vários estilos de liderança ao liderar as suas equipas, porém, na área da enfermagem,

a liderança transformacional é um dos estilos mais discutidos e em muitos estudos é apontado como o estilo preferido pelos enfermeiros porque os líderes transformacionais procuram motivar, inspirar e capacitar a equipa para que eles também ganhem competência de liderança (Aydogdu, 2023).

Nas unidades de cuidados intensivos, o papel de gestão e liderança, frequentemente é atribuído aos enfermeiros especialistas, coordenando a equipa de enfermagem e garantindo a execução eficiente dos cuidados.

Durante o percurso no SMI, tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro tutor na função de coordenador durante vários turnos, tendo sido uma experiencia enriquecedora. O enfermeiro coordenador, EMC, supervisiona o trabalho dos enfermeiros menos experientes, fornece orientação e apoio, e promove um ambiente de trabalho colaborativo e seguro. Acompanhar e participar ativamente da gestão do serviço, tanto em termos de recursos materiais quanto de recursos humanos, é uma excelente maneira de desenvolver competências de gestão como enfermeiro especialista.

O rácio enfermeiro/doente era de 1:2 ou 1:1, seguindo as recomendações do Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Para esta distribuição o enfermeiro coordenador utilizava a escala Nursing Activities Score (NAS), mas tendo em linha de conta a continuidade de cuidados e as competências e as caraterísticas dos enfermeiros presentes. O Nursing Activities Score é uma ferramenta que permite avaliar a carga de trabalho do enfermeiro com base no tempo despendido nas atividades de enfermagem inerentes à assistência prestada independentemente do nível de gravidade da doença da pessoa crítica (Macedo et al., 2016).A escala utiliza dados de forma retrospetiva o que pode não refletir de forma fidedigna os cuidados nas horas subsequentes (Batassini et al., 2019),tendo aqui o enfermeiro especialista, na função de coordenador, a preocupação de ajustar a distribuição por forma a otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos disponíveis às necessidades de cuidados.

O enfermeiro coordenador do serviço de medicina intensiva, segundo o procedimento específico da unidade – "Enfermeiro Coordenador de Turno: Perfil de Competências e Intervenções" - deve ser detentor de um conjunto de competências que lhe permitam uma gestão dos recursos e dos cuidados de forma rápida e eficaz, adequada à complexidade do contexto de prática clínica e à especificidade da pessoa em situação crítica, desenvolvendo um processo de tomada de decisão efetiva e de elevada qualidade.

Os enfermeiros especialistas também desempenham papel de liderança nas unidades de cuidados intensivos. O enfermeiro, enquanto enfermeiro gestor precisa estar preparado para

assumir o papel de líder, condição básica para obter transformações no trabalho, atingir metas da organização e conciliar o trabalho em equipa (Sobrinho et al., 2018). Enquanto líder, o enfermeiro projeta e implementa o cuidado, promove a qualidade e segurança dos cuidados e, desta forma, influencia os resultados sensíveis a pratica clinica de enfermagem (Ramos et al., 2023). Pude reconhecer no enfermeiro tutor, uma Liderança Transformacional. A Liderança Transformacional é um estilo de liderança baseada na confiança, e na influência de positiva entre o líder e liderados, tornando as metas e objetivos da organização um propósito coletivo (Nunes, 2013). Para além de atender as necessidades e preocupações dos membros da equipa, mostrou capacidade de inspirar os colegas a darem o melhor de si em benefício da equipa. Mostrou consideração individualizada na gestão dos cuidados tendo em conta colegas recém-formados ou colegas com maior dificuldade na gestão de ações de enfermagem complexas. Atuou sempre como modelo de comportamento ético e profissional, demonstrando empatia e disponibilidade, inspirando os membros da equipa a seguirem o seu exemplo.

Ao participar da dinâmica de gestão dos serviços, pude ver em primeira mão o impacto que as estratégias de liderança e gestão da equipa tem no espírito de equipa. O ambiente de trabalho em equipa, a motivação, procura pelo desenvolvimento profissional, a satisfação dos profissionais de saúde e, por consequência, a qualidade dos cuidados prestados às pessoas.

2.4 Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

As competências dos profissionais segundo Benner (2001) desenvolvem-se ao longo da vida profissional, progressivamente ao longo do tempo, passando por diferentes estágios de iniciado a perito. Essa progressão é influenciada pela capacidade de interiorização e reflexão do indivíduo, bem como pelos contextos de trabalho em que estão inseridos.

A prática desenvolvida ao longo dos estágios ofereceu-me uma oportunidade valiosa para desenvolver conhecimentos, através de pesquisas bibliográficas e através da partilha de experiências e troca de informações com enfermeiros tutores e equipa de enfermagem. Esta abordagem facilitou a aplicação de conceitos teóricos à prática clínica colaborando para o meu desenvolvimento profissional.

O meu interesse e entusiasmo pela área da neurocirurgia tornou as minhas escolhas de aprendizagem mais gratificantes. A área da neurocirurgia está em constante evolução, com

novas tecnologias e avanços, sendo estas introduzidas continuamente. Isso exige que os profissionais se mantenham atualizados e integrados às novas práticas e procedimentos.

O enfermeiro deve ter um conhecimento abrangente dos diferentes tipos de monitorização utilizados na pessoa em situação neurocrítica. Compreender os princípios inerentes a estas técnicas e como interpretar os dados fornecidos é essencial para identificar precocemente qualquer mudança na condição da pessoa. Dando resposta a um objetivo específico proposto para o serviço de medicina intensiva, "Desenvolver competências de diagnóstico e intervenção de enfermagem na melhoria dos resultados na pessoa em situação crítica com rotura Aneurisma Cerebral (AC) ", colaborei na prestação de cuidados à pessoa com rotura de aneurisma cerebral, suportando a prática clínica em evidência científica recente. Esta intervenção permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a PSC com rotura de AC, permitindo-me uma abordagem mais segura nos cuidados, contribuído assim para a prevenção de complicações e para a otimização dos resultados. De ressaltar que este tema será abordado no estudo de investigação discutido na segunda parte deste relatório.

Assisti a uma formação em contexto de serviço aquando da colocação de um sistema de IRRAflow® numa pessoa com aneurisma cerebral roto. Cateteres autoirrigáveis como o IRRAflow® são uma tecnologia relativamente nova, o que me levou à procura de conhecimento recente para uma prática baseada na evidência. Esta procura de conhecimento vai de encontro à competência do enfermeiro especialista que consiste no basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Ainda em contexto de cuidados intensivos, na presença de uma pessoa com tubo endotraqueal (TET), pude aprofundar conhecimentos sobre avaliação da pressão do *cuff*. No SMI é utilizado um medidor de pressão do *cuff*, em forma de seringa, garantindo uma pressão correta, definida pela evidência, e assim reduzir o risco lesões a nível da traqueia. Uma das responsabilidades essenciais dos enfermeiros dos cuidados intensivos é a avaliação da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal (Murugiah et al., 2021). Existe uma relação entre a pressão do *cuff* e complicações das vias aéreas, estando definido como pressão normal entre 20-30 cmH_2O e tanto a subinsuflação quanto a superinsuflação do *cuff* podem causar várias complicações na pessoa (Sanaie et al., 2019). Embora as técnicas gestão da pressão do *cuff* do TET incluam a técnica de volume predeterminado, a palpação técnica, técnica de seringa e técnica de volume oclusivo mínimo, o manômetro calibrado é a medição manual mais confiável e é amplamente recomendada (Murugiah et al., 2021).

Exercendo funções na mesma instituição do local de estágio, pude adquirir este dispositivo para a minha prática clínica, implementando na equipa os novos conhecimentos adquiridos.

O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade constitui uma das competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais definido pela Ordem dos Enfermeiros. Esse desenvolvimento envolve a capacidade de adaptar-se tanto individualmente quanto dentro da organização. Competências como a gestão emocional, a atuação eficaz sob pressão, a previsão de situações de potencial conflitualidade e a gestão apropriada dessas situações são fundamentais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Essas habilidades demonstram a importância de estar preparado para enfrentar desafios de maneira controlada e eficiente. O contexto do SU representou para mim um ambiente mais desafiador, pois senti-me uma iniciante, como descreve Benner (2001), num ambiente totalmente novo, com situações desafiadoras. O SU frequentemente caracterizado por um ambiente dinâmico e imprevisível, onde múltiplas pessoas com diferentes necessidades exigem atenção simultânea, desafiou o meu autoconhecimento e o desenvolvimento de habilidades sólidas de organização, gestão de sentimentos e emoções para priorizar os cuidados, gerir o tempo de forma eficaz e garantir que todos recebiam os cuidados necessários. A sala de emergência e a triagem foram as áreas especialmente desafiadoras, cada uma apresentando suas próprias complexidades. A triagem é uma etapa crucial, onde os enfermeiros precisam avaliar rapidamente a gravidade do estado de saúde da pessoa e determinar a prioridade com base em protocolos e fluxogramas específicos tendo em conta as diretivas do Grupo Português de Triagem (Grupo Português de Triagem, 2021). No momento da triagem, enfermeiro não apenas avalia os sinais vitais e os sintomas físicos da pessoa, mas também interage com a pessoa e/ou sua família para obter informações adicionais sobre o motivo da vinda. Essa interação é essencial para entender melhor a história clínica da pessoa, sintomas, bem como quaisquer fatores que possam influenciar o seu estado de saúde. Exemplo disso é o encaminhamento da pessoa para a SE. Por vezes depende da perícia e experiência de "olho clínico" do enfermeiro em associar o conhecimento teórico com a avaliação da pessoa.

Na sala de emergência tive a oportunidade de participar ativamente com a equipa durante situações de emergência permitindo aplicar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos na componente teórica do Mestrado. Aqui, a complexidade dos cuidados de saúde requer a colaboração de uma equipa multidisciplinar. O Enfermeiro coordenador, EMC, organizava os cuidados perante os colegas, delegando competências, fundamentando o trabalho em equipa, nomeadamente na abordagem "ABCDE". Na sala de emergência, pude enfrentar situações complexas e imprevisíveis que exigiram autodomínio e habilidade na gestão de emoções. A capacidade de respostas rápidas e eficientes em ambientes sob *stress* e de eventuais conflitos é uma competência do enfermeiro especialista, onde deve ser capaz de

priorizar tarefas, delegar responsabilidades e manter a organização mesmo em situações caóticas (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Pelo interesse particular sobre AVC, e no sentido de desenvolver competências de intervenção do EEMC-PSC, assisti a uma formação sobre Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC) realizada pelo grupo institucional do hospital (Anexo I). Esta formação permitiu-me aprofundar os conhecimentos sobre as intervenções do enfermeiro especialista perante uma pessoa com AVC, e compreender a articulação intra-hospitalar, do Serviço Urgência, Angiografia e Unidade de AVC, nomeadamente na implementação e cumprimento de normas e procedimentos.

Durante o estágio, procurei sempre aprimorar tanto as competências técnicas e científicas quanto as habilidades interpessoais, desenvolvendo a assertividade e a capacidade de aceitar críticas como elementos essenciais para o crescimento pessoal e profissional.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

Ao começar este capítulo, é importante esclarecer alguns conceitos, como o de "competências específicas", e como elas se enquadram na função de enfermeiro especialista em EMC-PSC.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 as competências específicas "são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica envolvem a prestação de cuidados altamente qualificados de forma contínua a pessoas com uma ou mais funções vitais em risco imediato, baseando a prestação dos cuidados na avaliação diagnóstica, observação contínua e monitorização permanente, de forma a prever e a prevenir complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2015b)

As competências específicas adquiridas como futura Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica foram guiadas pelo Regulamento n.º 429/2018, em que define o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista, definidas em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

As três competências específicas do EE em EMC- PSC são: Cuidar da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

A pessoa/família que vivencia processos complexos de doença crítica e / ou falência orgânica, requer uma intervenção mais direcionada nesta área, maximizando os resultados e potenciando a recuperação total. Considerando a diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos enfrentados pela pessoa/família com doenças agudas ou crónicas, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde de forma eficaz ao aplicar seus conhecimentos e habilidades para identificar intervenções especializadas, conceber, implementar e avaliar planos de cuidados. Essa abordagem é realizada em parceria com a pessoa e família, promovendo segurança e qualidade nos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A escolha dos campos de estágios mencionados no relatório proporcionou-me executar cuidados especializados a pessoas do foro médico-cirúrgico em situação crítica, de elevada complexidade e em risco de falência orgânica.

O SU e o SMI admitem pessoas com diversificadas patologias e do âmbito de várias especialidades, permitindo contacto com procedimentos e intervenções complexas, nomeadamente, entubação endotraqueal, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, oxigenioterapia por alto fluxo, monitorização hemodinâmica invasiva e não-invasiva, técnica de substituição renal contínua, posicionamento da pessoa, nomeadamente decúbito ventral na pessoa com patologia respiratória severa (*prone position*), colocação de cateter venoso central e arterial, entre outros.

Tive a oportunidade prestar cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, desde a colaboração no processo de intubação endotraqueal, até à manutenção da ventilação mecânica invasiva. A ventilação mecânica substitui total ou parcialmente a ventilação espontânea e está indicada na insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada (Santos et al., 2020). Esse tipo de suporte requer uma assistência especializada por uma equipa multidisciplinar, tendo o enfermeiro a responsabilidade de manter a permeabilidade das vias aéreas da pessoa intubada, assim como o domínio sobre os parâmetros do ventilador para implementar os cuidados de enfermagem (Santos et al., 2020). Destaca-se aqui o papel do enfermeiro especialista, através da liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infeção (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017) fomentando uma cultura de segurança e responsabilidade coletiva, onde todos os enfermeiros sintam responsabilidade pela prevenção de infeções e segurança da pessoa.

Ao longo do tempo em que a pessoa esteve conectada à prótese ventilatória, fui adquirindo competências nos cuidados, incluindo a familiarização com os diferentes modos ventilatórios, verificação dos alarmes do ventilador, avaliação regular dos parâmetros ventilatórios (incluindo a adaptação da pessoa) e a monitorização da pressão do *cuff* endotraqueal para prevenir complicações. Embora a literatura não apresente um consenso sobre o nível ideal de pressão a ser mantido no cuff, uma média amplamente recomendada é de 25 cmH2O (Santos et al., 2020). Como a alteração do posicionamento durante os cuidados de enfermagem pode influenciar a pressão do cuff, tive sempre o cuidado de mensurar a pressão após o posicionamento da pessoa. Um dos cuidados nunca descurados, pelo enfermeiro tutor, foi na prevenção de lesões a nível da mucosa labial pela pressão exercida do tudo endotraqueal. Apesar destes cuidados serem transversais a todos os enfermeiros numa unidade de cuidados intensivos, o enfermeiro EMC, tem uma intervenção mais diferenciada na aplicação de conhecimentos avançados, liderança de estratégias baseadas em evidências e um compromisso contínuo com a educação e melhoria da prática. Identifica áreas de melhoria através de supervisão das atividade, auditorias regulares e revisões da prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Enfermeiros especialistas têm maior participação na tomada de decisão, maior controlo sobre prática de Enfermagem, liderança e reconhecimento de perícia por parte dos restantes profissionais de saúde (Lopes et al., 2018).

Os cuidados considerados como boas práticas de enfermagem a pessoas em ventilação mecânica invasiva envolvem o manuseamento do tubo endotraqueal, do ventilador mecânico e circuito respiratório, prevenção de broncoaspiração, controlo de infeção e gestão da sedação, analgesia/sono, vigília/dor (Santos et al., 2020). O enfermeiro EMC, fazendo uso dos seus conhecimentos e habilidades, tem capacidade de adaptar a sua conduta à situação complexa, tendo uma intervenção baseada em evidência científica, indispensável no processo de tomada de decisão em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

O desenvolvimento desta competência específica, antecipando focos de instabilidade e atuando segundo protocolos terapêuticos complexos, foi aperfeiçoada ao prestar cuidados à pessoa em situação neurocrítica. Foi-me possível prestar cuidados à pessoa sob monitorização cerebral multimodal, nomeadamente monitorização da pressão de perfusão cerebral (PPC), da pressão intracraniana (PIC), derivação ventricular externa (DVE) e índice bispectral (BIS). O termo monitorização multimodal descreve as muitas ferramentas usadas para monitorização neurológica da pessoa com lesão cerebral (Peacock & Tomlinson, 2018) e é fundamental para a deteção de lesões cerebrais secundárias (Monteiro et al., 2023).

Segundo Yang (2020), a neuromonitorização multimodal desempenha um papel crucial no cuidado da pessoa neurocrítica.

A lesão cerebral primária é causada por um evento que, de alguma forma, interrompe o fluxo de oxigênio e nutrientes para os tecidos cerebrais. O dano secundário resulta de processos patológicos consecutivos iniciados no momento da lesão, levando a isquemia, edema cerebral e hipertensão intracraniana. Quer a etiologia da lesão cerebral adquirida primária seja isquémica, hemorrágica ou traumática, o foco dos cuidados de enfermagem está na prevenção da lesão cerebral secundária (Olson & Ortega-Pérez, 2019).

Ao longo do estágio procurei suportar-me na evidência científica disponível, para me familiarizar com os diferentes parâmetros da monitorização, facilitando a interpretação dos dados em tempo real, identificando mudanças significativas no estado da pessoa, implementando assim intervenções neuroprotetoras de forma a evitar a lesão cerebral secundária.

A enfermagem tem um papel essencial na prestação de cuidados a pessoa neurocrítica na unidade de cuidados intensivos, seja de forma positiva ou negativa (Lima et al., 2019). As intervenções de enfermagem devem ser orientadas para promover uma adequada perfusão e oxigenação cerebral, controlo hemodinâmico e detetar precocemente os sinais e sintomas resultantes da elevação ou descompensação da pressão intracraniana (PIC), prevenindo assim o agravamento das lesões cerebrais secundárias (Ferreira & Cruz, 2020).

A PIC normal em adultos é de 5 a 15 mm Hg. Elevações persistentes da PIC podem levar a uma diminuição da perfusão cerebral, causando isquemia, herniação ou mesmo a morte da pessoa (Grimm, 2015; Lima et al., 2019).

No SMI ao prestar cuidados a PSC com rotura de aneurisma cerebral, tive o privilégio de ter como referencia o EEEMC - PSC, perito no cuidar da pessoa em situação neurocrítica. O enfermeiro perito segundo Benner (2001) possui vasta experiência, entende cada situação de forma intuitiva e identifica diretamente o problema. Os enfermeiros peritos não são difíceis de reconhecer, dão opiniões clínicas ou gerem situações complexas de uma maneira notável (Benner, 2001).

Diversas intervenções de enfermagem foram implementadas sob a orientação do enfermeiro especialista. As intervenções autónomas e interdependentes desempenham papéis complementares no cuidado à pessoa em situação neurocrítica. Consideram-se intervenções autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, e as intervenções interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos,

para atingir um objetivo comum (Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 1996).

Das intervenções de enfermagem interdependentes destaco a monitorização da PIC e interpretação das respetivas ondas, a monitorização da oxigenação cerebral, a monitorização dos sinais vitais, a avaliação neurológica (monitorizar a escala de coma de Glasgow (ECG), avaliação pupilar (tamanho, simetria e fotorreatividade) e sinais de lateralização motora. As intervenções autónomas de enfermagem contemplavam a minimização dos estímulos, como o ruído e número de visitas, cuidado no posicionamento (nomeadamente da cabeça e pescoço), cuidados na aspiração de secreções e a gestão da dor com medidas não farmacológicas. O posicionamento da pessoa, nomeadamente em relação à posição da cabeça e do pescoço, era das intervenções autónomas de enfermagem muito valorizadas no cuidado à pessoa neurocrítica. A cabeceira elevada a 30-40º promove o retorno venoso, facilita a drenagem de LCR e consequentemente diminui a PIC (Lima et al., 2019).

Para além do cumprimento de protocolos complexos no que concerne à gestão de cuidados na pessoa em situação crítica, a gestão de protocolos complexos no âmbito do delirium, foi um dos meus objetivos específicos, para este contexto de estágio.

O delirium é a síndrome neuropsiquiátrico mais comum encontrado no ambiente de cuidados agudos, com uma prevalência variando de 10% na medicina geral a 85% em cuidados intensivos (Maldonado, 2017). Caracteriza-se por alterações da atenção e da cognição agudas, tem uma etiologia multifatorial e tem um impacto negativo na situação clínica do doente e na sua qualidade de vida futura (Bento & Sousa, 2021).

Na equipa multidisciplinar da UCI, os enfermeiros são os mais envolvidos na monitorização das pessoas, pelo que estão numa posição privilegiada para ajudar a identificar a pessoa em risco de delirium (Bento & Sousa, 2021). As diretrizes da prática clínica de 2018 (Devlin et al.,2018) para Dor, Agitação, Delirium, Imobilidade e Perturbação do Sono recomendam que todas pessoas adultas internadas em cuidados intensivos sejam avaliadas regularmente (ou seja, uma vez por turno) para delirium.

É reconhecido que o primeiro passo na gestão do delirium, em qualquer ambiente hospitalar, é realizar um diagnóstico oportuno e preciso, preferencialmente por meio do uso de uma escala breve e validada, permitindo sistematização do processo de avaliação (Mariz et al., 2022).

A *Confusion Assessment Method-ICU* (CAM-ICU) é a escala utilizada no SMI, que se encontra validada para português. É usada pelos profissionais à cabeceira do doente, a sua execução completa tem a duração de dois minutos e exige treino mínimo (Souza et al., 2017).

A escala foi aplicada por mim, a uma pessoa com o diagnóstico de TCE, em colaboração com o enfermeiro tutor face a minha inexperiência no uso da escala, com a avaliação final de sem delirium. As dificuldades sentidas por mim em aplicar a CAM-ICU prenderam-se com a complexidade da escala e a difícil interpretação nos doentes intubados.

Apesar de fortemente recomendada a escala nem sempre era aplicada nem documentada no processo da pessoa. Avaliar o delirium é essencial na prática clínica porque entre seus benefícios estão a redução do tempo de hospitalização, da incidência de infeções e de complicações, permitindo ao enfermeiro outra perspetiva no cuidado, conferindo mais autonomia na implementação de intervenções não farmacológicas para prevenção e tratamento da disfunção (Souza et al., 2017). Com base nas suas competências, o enfermeiro especialista, deve planear e implementar respostas de enfermagem apropriadas para prevenir e tratar o delirium. Exemplo desta intervenção do enfermeiro especialista, numa pessoa com delirium, foi agilizar a transferência de uma pessoa para uma unidade com luz natural, permitindo a diferenciação entre o dia e noite. Estratégias como uso de bens pessoais (p.e. óculos, material higiene) fotografias à cabeceira da pessoa (Bento & Sousa, 2021), explicar os sons dos equipamentos (bombas infusoras, monitores, ventiladores), eram também utilizadas para a orientação da realidade. A integração das famílias nos cuidados ao doente crítico para prevenção do delirium também está identificada na literatura (Bento & Sousa, 2021; Oliveira et al., 2022) e a forma de operacionalizar esta medida foi alvo de reflexão entre mim e o enfermeiro tutor, permitindo flexibilidade no horário da visita ajustado às necessidades da pessoa e família. Incluir os membros da família a fazer parte da estratégia de estimulação da pessoa e permitir o horário alargado de visitas, tem evidência na prevenção do delirium e promove o *empowerment* familiar (Oliveira et al., 2022).

O enfermeiro tem um papel muito importante na prevenção do delirium na PSC, com a adoção de medidas relacionadas com o ambiente, promoção do sono, intervenção terapêutica, avaliação cognitiva e orientação da pessoa, protocolos, participação dos familiares, formação dos enfermeiros e ensinos à pessoa (Oliveira et al., 2022).

A gestão da dor da pessoa em situação crítica foi também uma área privilegiada, tanto por mim como pelo enfermeiro tutor. A gestão diferenciada da dor e do bem -estar da pessoa em situação crítica é uma competência do enfermeiro especialista definida pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica e a sua manifestação está relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento quer relacionada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita (Teixeira & Durão, 2016).

A Ordem dos Enfermeiros reforça a importância dos enfermeiros na promoção e intervenção no controlo da dor visto serem profissionais com uma relação privilegiada com as pessoas pela proximidade e tempo de contato com as mesmas. Em particular, os EEEMC-PSC, devem fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, (Figueira et al., 2022). O nível de dor relatada pelo doente é considerado o "*gold standard*" para a avaliação da dor e resposta à analgesia (Marques et al., 2022), no entanto, na pessoa crítica sob condições adversas que os impedem de verbalizar a presença ou ausência da dor, seja por alterações do nível de consciência, dos efeitos de agentes sedativos e/ou uso da ventilação mecânica, a mensuração da dor só pode ser obtida por meio indireto (Macedo et al., 2019). Ferramentas de avaliação comportamental como o Behavioral Pain Scal (BPS) e o Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) são medidas alternativas que podem ser utilizadas pela equipa de cuidados intensivos para orientar intervenções de controlo da dor (Marques et al., 2022). A escala para avaliação da dor em uso no SMI, para a pessoa incapaz de verbalizar, é a BPS, que avalia indicadores como expressão facial, movimentos dos membros superiores e adesão à ventilação. A BPS é um instrumento de aplicação, com elevada acurácia, e que tem sido amplamente utilizada na pessoa em situação crítica (Macedo et al., 2019). No protocolo em vigor no SMI "Algoritmo de Monitorização Dor, Sedação e Delírium" é usada a Escala Visual Numérica em conjunto com a BPS, para avaliar a dor em pessoas que comunicam, no entanto, a *Society of Critical Care Medicine* sugere as escalas BPS e CPOT nas suas diretrizes práticas (Marques et al., 2022).

O enfermeiro especialista têm um papel fundamental na monitorização e gestão da dor. Para tal, devem utilizar instrumentos de avaliação da dor adequados e adaptados à capacidade da pessoa em comunicar a dor, como o autorrelato ou escalas comportamentais. Em Portugal e para além da BPS, a CPOT parece ser outra escala alternativa válida a utilizar porque é aplicável a pessoas impossibilitados de autorrelato, estejam ou não em ventilação mecânica (Marques et al., 2022).

Para além da implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) para o alívio da dor o enfermeiro especialista faz uma gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de medidas não farmacológicas (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017). Intervenções como posicionar a pessoa, massagem terapêutica, técnicas de relaxamento e proporcionar um ambiente isento de ruídos (Tsegaye et al., 2023) foram implementadas e sugeridas à equipa de enfermagem durante os cuidados.

A família também foi alvo dos meus cuidados durante o estágio. Estabelecer relação terapêutica adequada com a família/cuidador dá oportunidade a família de contribuir para a recuperação da pessoa, podendo ter efeitos positivos, tanto para a pessoa como para os

próprios familiares e profissionais, ao reduzir o *stress* emocional e contribuir para a proximidade e comunicação entre todos os envolvidos no cuidado (Velasco Bueno & La Calle, 2020). O processo de comunicação com a pessoa e sua família em situações críticas é essencial para garantir uma relação terapêutica eficaz e promover uma adaptação adequada ao processo de transição.

No SMI, o momento da visita era o momento de eleição para desenvolver intervenções específicas face às necessidades diagnosticadas à família e/ou pessoa significativa. Caso se tratasse de uma situação de primeira visita era efetuada uma preparação prévia do familiar, garantindo esclarecimento relativamente à situação clínica da pessoa e acompanhamento até junto do doente. Era explicada à família o funcionamento do serviço assim como as formas de contato com a equipa multidisciplinar, gerindo o impacto emocional vivenciado pelo doente/família. Esta abordagem à família, sintetizada no procedimento específico do SMI, perfil de competências e intervenções do enfermeiro coordenador, era feita pelo enfermeiro coordenador, normalmente EEEMC, demonstrando conhecimentos em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica. O enfermeiro especialista, mostrando disponibilidade e adotando uma comunicação clara e compreensível, permitia que as informações do estado do doente fossem transmitidas de forma apropriada e, consequentemente, diminuir a ansiedade e a angústia de todos os envolvidos.

O enfermeiro deve, assim, estar preparado para estabelecer um relacionamento de empatia e confiança com a família e comunicar de forma adequada, incentivando os familiares a exporem todas as suas dúvidas, satisfazendo a necessidade de informação (Borges, 2015).

Exercendo funções num serviço de Neurocirurgia do mesmo hospital, pude acompanhar uma pessoa/família após a alta do SMI para o serviço de internamento de Neurocirurgia, permitindo continuidade de cuidados na abordagem à pessoa/família. Experiência bastante enriquecedora para mim, como facilitador da transição saúde/doença que a pessoa/família atravessa.

No SU, dada a complexidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e à grande afluência de doentes, a atenção à família era por vezes negligenciada. Segundo Batista et al (2017), quando se cuida de uma pessoa em situação crítica, têm-se como objetivo salvar a pessoa, recuperando e mantendo as suas funções vitais, ficando para segundo plano o apoio à família dessa pessoa. No entanto, é importante reconhecer a importância do envolvimento da família no processo de cuidados de saúde. Os familiares desempenham um papel crucial como parte da equipa de apoio da pessoa, fornecendo informações importantes sobre o histórico médico, vontades da pessoa, além de oferecer apoio emocional durante momentos

de crise (Batista et al., 2017). Os enfermeiros são os profissionais de saúde na primeira linha de ação, com quem a PSC e família contactam, portanto, os responsáveis pela manifestação do acolhimento neste contexto (Sá & Velez, 2021). É aqui neste contexto que o enfermeiro especialista EMC pode fazer a diferença, utilizando de forma adequada as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica, proporcionando ambiente privado, calmo e acolhedor. Durante o meu percurso no SU, especificamente na sala de emergência, pude intervir junto da família de uma pessoa vítima de trauma (jovem de 20 anos), adotando uma comunicação clara, esclarecendo dúvidas e oferecendo apoio emocional, facilitando a gestão de *stress* e ansiedade. É fundamental que o enfermeiro especialista consciencialize a equipa para a relevância do processo de comunicação com a família/pessoa em situação crítica, como parte integrante do cuidado, devendo procurar que seja realizada de forma fundamentada e oportuna, com o objetivo de estabelecer uma relação terapêutico desde o primeiro contacto. (Pires, 2020).

3.2 Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

O Enfermeiro Especialista em EMC-PSC deve estar preparado para agir em situações de emergência, exceção e catástrofe, concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, sem negligenciar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

O aumento da esperança média de vida, juntamente com a crescente complexidade das condições de saúde que as pessoas enfrentam, o avanço contínuo das novas tecnologias e a constante atualização de algoritmos e protocolos, demandam dos enfermeiros que atuam no cuidado de pessoas em situação crítica, uma necessidade constante de atualização de conhecimentos teóricos e práticos, aprimoramento de competências técnicas e execução de procedimentos que salvam vidas (TMA et al., 2021).

Embora não tenham ocorrido situações de exceção ou catástrofe durante o estágio, tive a oportunidade de enfrentar diversas situações de emergência.

Entende-se por "Emergência e urgência médica" a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais (Despacho n.º 18459/2006, de 12 de setembro, 2006). Os cuidados de enfermagem prestados a pessoas em situações de urgência e emergência são altamente especializados, com foco particular na prevenção de complicações e na minimização da incapacidade (Ferreira et al., 2020).

A pessoa em situação crítica em situação de emergência chegava à sala de emergência a maioria das vezes acompanhada pelo INEM. Assim que é recebido o aviso do INEM, o enfermeiro coordenador da Sala de Emergência, especialista de Médico-cirúrgica, era responsável por preparar a equipa e os recursos necessários para receber a pessoa. Aquando da chegada da pessoa, a equipa multidisciplinar já estava organizada no sentido de prestar o melhor atendimento possível de forma coordenada garantindo uma resposta adequada às necessidades da pessoa em situação de emergência. Essa abordagem prévia e organizada era fundamental para otimizar a eficiência e eficácia dos cuidados prestados para promover melhores resultados.

Na sala de emergência destaco o contacto que tive com a pessoa vítima de trauma, e com a pessoa com AVC, prestando cuidados de uma forma sistematizada e autónoma na abordagem ABCDE (*A – Airway, B – Breathing, C – Circulation, D – Disability, E - Exposure*).

A abordagem à pessoa politraumatizada assenta nos princípios do ABCDE: assegurar a permeabilidade das vias aéreas, com estabilização da coluna cervical, garantir uma ventilação adequada, avaliar e controlar hemorragias, realizar uma avaliação neurológica e expor a pessoa para uma avaliação completa (Gomes et al., 2023). Nesta abordagem assegurei de forma autónoma, os acessos venosos e a administração de fármacos. A minha intervenção foi facilitada pela capacidade do enfermeiro tutor em manter a calma e transmitir confiança, ajudando-me a reduzir o *stress* e a ansiedade num ambiente de pressão. Em colaboração com a equipa multidisciplinar, a vítima de trauma foi estabilizada e conduzida ao BO. Um dos aspetos mais evidentes da intervenção do EEMC nesta situação de emergência foi a sua capacidade de liderança. O EEMC assumiu a responsabilidade de coordenar o trabalho em equipa, garantindo que cada elemento cumprisse as suas funções de forma coesa, permitindo uma sistematização dos cuidados na abordagem à pessoa em situação de emergência. Essa liderança é essencial para evitar o caos e garantir que os recursos e esforços sejam direcionados de maneira eficiente (Silva et al., 2022).

A pessoa com suspeita de AVC deu entrada na SE através da ativação Via Verde AVC. O médico responsável da equipa Via Verde AVC após o contacto do CODU informou o responsável pela sala de emergência sobre a chegada do caso suspeito AVC. Segundo a Norma nº 015/2017 da DGS, a equipa da Via Verde AVC intra-hospitalar deve incluir: médico de medicina interna ou de neurologia, com experiência no diagnóstico e tratamento do AVC, enfermeiros com experiência na abordagem do AVC e deve existir sensibilização e treino dos profissionais de laboratório e imagiologia envolvidos, para que todos os procedimentos a realizar sejam com carácter de emergência (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

Assim que a pessoa deu entrada na SE, assumi com o tutor e a equipa as intervenções de enfermagem preconizadas pela norma institucional, numa abordagem rápida e metodológica de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados. O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica demonstrou um papel fundamental na abordagem à pessoa com suspeita de AVC, pelas competências em monitorização intensiva, avaliação neurológica e gestão de protocolos complexos. Como refere Nobre (2016) "considerando o perfil de competências do EEEMC, torna-se claro que esta é uma área onde se insere a sua intervenção especializada, quer pela complexidade e gravidade associada, quer pelo carácter emergente que cada vez mais assume" (pág. 24).

Durante o período de estágio não tive oportunidade de experienciar nenhuma situação de catástrofe, mas procurei conhecer as diversas normas e protocolos do serviço urgência, nomeadamente no que respeita ao plano de emergência interna e externo, disponível no portal interno do hospital. O armário de catástrofe que contém todo o material necessário em situações de catástrofe encontra-se junto à área de triagem.

No SMI tive a possibilidade de realizar um turno de Emergência Médica Intra – Hospitalar (EMI) com o enfermeiro tutor. A Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) é composta por um médico e um enfermeiro, nem sempre EE, mas com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em suporte avançado vida.

Todos os anos ocorrem, na Europa, cerca de 300 000 paragens cardiorrespiratórias intra-hospitalares. Uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica agudo. Neste contexto, a Direção-Geral da Saúde através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, determinou a criação e implementação, a nível nacional, das EEMI (Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro, 2018). Os critérios de ativação da EEMI são os seguintes: Compromisso da via aérea; Paragem respiratória; Frequência respiratória (FR) <6 ou> 35 ciclos/minuto; Saturação Oxigénio (SpO2) <85% com oxigénio suplementar; frequência cardíaca (FC) <40 ou> 140 batimentos/minuto; pressão arterial (PA) sistólica <90 mmHg; Escala de Coma de Glasgow – diminuição> 2 pontos; crise convulsiva prolongada ou repetida; perda súbita de consciência (Rocha & Branco, 2022). Durante o turno de EMI fomos ativados para uma paragem respiratória de uma pessoa internada num serviço de Medicina Interna. Após a estabilização da pessoa e a realização de exames complementares de diagnóstico, foi transferida para SMI para continuidade dos cuidados. Como boa prática foi realizado *debriefing* sobre o evento crítico no sentido de melhorar a eficácia da resposta da EEMI. Durante um *debriefing*, os membros da equipa têm

a oportunidade de discutir o que aconteceu durante a emergência, refletir sobre o que funcionou bem e identificar áreas para melhoria (Greif et al., 2021).

O *debriefing* foi conduzido pelo enfermeiro especialista, onde foi dada a oportunidade a todos os membros da equipa de compartilhar as suas perspetivas e identificar áreas que necessitam de melhoria. Foi explicado o objetivo do *debriefing* a toda a equipa, num ambiente calmo e não punitivo. Um dos pontos referidos como aspeto positivo foi a eficácia da comunicação entre os membros da equipa e aspetos a melhorar a uniformização dos carros de emergência dos serviços de internamento.

Como reflexão da atuação do enfermeiro especialista, pude reconhecer competências a nível da tomada de decisão, liderança e coordenação, conhecimentos e habilidades na realização de procedimentos de urgência e principalmente na gestão do *stress*. Mostrando competências na comunicação com os outros membros da equipa, manteve a calma e agiu de forma eficaz num ambiente sob pressão.

3.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). As IACS são um importante problema em saúde pública que resultam de efeitos adversos dos cuidados e contribuem para aumento da mortalidade/morbilidade e dos custos sobretudo pelo aumento dos dias de internamento, aumento dos gastos com antimicrobianos, aumento de complicações e das necessidades/grau dependência do doente após a alta (Gonçalves & Carmo, 2022). Não sendo um problema novo assume particular relevância na pessoa em situação crítica, na medida em que dispõe de tecnologias mais avançadas e invasivas com uma variedade de procedimentos invasivos realizados rotineiramente (de Assis Martins & Martins Gualberto Vaz, 2020). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) tem aqui um papel crucial na prevenção e controlo de infeções e da Resistência a Antimicrobianos (RAM) pela complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos.

A ventilação mecânica invasiva é uma realidade no SMI, e a prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI) torna-se numa prioridade pelo que a implementação e adesão ao feixe de intervenções assume uma estratégia potenciadora da melhoria da qualidade dos cuidados. A pneumonia associada ao ventilador é uma das infeções hospitalares mais frequentes que ocorrem em pessoas intubadas dentro de 48 horas após a intubação endotraqueal (John & Srivastava, 2022).O Serviço de Medicina Intensiva é um ambiente altamente controlado e onde a ocorrência IACS podem ter um impacto significativo no prognóstico da pessoa, há um grande empenho manifestado pela equipa em prevenir essas infeções.

Todas as unidades dos doentes eram providas de material necessário a aspiração de secreções e higiene oral, sendo esta realizada pelo menos uma vez por turno.

No que se refere à utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) durante a técnica de aspiração, recomenda-se o uso de luvas, óculos de proteção, máscara e avental (Santos et al., 2020), cuidado que os profissionais utilizaram no momento da aspiração de secreções da pessoa sob ventilação mecânica invasiva, o que demonstrou sensibilização para o cumprimento da técnica. Os EPI encontram-se em local de fácil acesso, num carro de apoio localizado no centro do serviço.

As intervenções que constituem o feixe de intervenção de prevenção de PAI (Direção-Geral da Saúde, 2022), nomeadamente manutenção da cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30º, realização da higiene oral pelo menos 3 vezes por dia, manutenção da pressão do *cuff* do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cm H2O, sedação ligeira, de preferência baseada na analgesia, titulada ao mínimo necessário para o tratamento e a realização diariamente provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação, eram cumpridas durante a prestação de cuidados à pessoa sob intubação endotraqueal.

Em relação às visitas e a pessoas externas ao serviço, também eram implementadas políticas de controlo da infeção. O enfermeiro EMC, normalmente em funções de coordenação, fornecia EPI adequados à situação, como máscaras faciais e aventais, promovendo também higiene das mãos ao entrar e sair da unidade da pessoa. Era explicado à família a necessidade e a importância de tais medidas. O SMI dispõe de vários pontos de lavagem das mãos, colocados em sítios estratégicos, assim como dispensadores de soluções antisséticas em todas as unidades. O fácil acesso a pontos de lavagem e dispensadores de soluções antissépticas facilita a adesão dos profissionais a essa prática, integrando-a na prática diária de cuidados (Barker et al., 2017).

Perante notificações de microrganismos epidemiologicamente importantes, enviadas por correio eletrónico, pelo Grupo de Coordenação Local do Serviço de Prevenção e Controlo das Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-SPCIRA), os responsáveis pelo serviço e respetivos elos implementam as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT) de Contacto, de Gotículas ou Aérea, em função do microrganismo identificado.

Os profissionais descritos anteriormente, nomeadamente os elos, EEEMC, são os responsáveis pela implementação das medidas de prevenção, desde a divulgação a toda a equipa, alocação adequada das pessoas, colocação de sinalética, disponibilização de equipamento de proteção individual adequado e monitorização de todo o processo em articulação com o SPCIRA.

Na admissão da pessoa no SMI, era realizado rastreio para Enterobacteriáceas Produtores de Carbapenemases (EPC) e *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina* (SAMR), conforme Norma Clínica 004/2023 da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2023). A pessoa era então isolada numa "bolha" com sinalética, marcada no chão através de fitas adesivas por cores, até ao resultado dos testes de rastreio. Cabe ao enfermeiro EMC o papel de dinamizador das estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos. Este papel interventivo era também evidenciado nas reuniões semanais com os médicos do serviço, onde eram expostas abordagens para o controlo de infeções e resistência a antimicrobianos, tais como o uso racional dos antimicrobianos, necessidade de isolamento dos doentes e uso adequado de EPIs.

Nesse contexto adotei sempre uma prática segura na abordagem a pessoa em situação crítica, que incluiu o cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) e o cumprimento dos feixes de intervenção, procurando ser um exemplo no seio da equipa.

No SU, num ambiente lotado, como referido anteriormente neste relatório, dificulta o cumprimento das PBCI, principalmente pelo curto distanciamento entre macas e cadeiras rodas. O EEMC fazendo uma avaliação abrangente dos riscos associados ao ambiente lotado, salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Como o espaço para os isolamentos era reduzido, houve necessidade de reajustar o espaço físico para os isolamentos. Juntamente com o tutor, abordamos a equipa por forma a consciencializar sobre a problemática, mobilizando recursos e providenciando local apropriado, com o afastamento necessário entre macas, com os respetivos EPI. Após a alta da pessoa, foi higienizado o espaço com a colaboração do SPCIRA.

Urge assim reavaliar e ajustar a abordagem nos Serviços de Urgência. É essencial garantir um número adequado de enfermeiros, investir em infraestrutura e incorporar as PBCI na prática diária. Isso visa fornecer cuidados com qualidade e segurança.

4. Considerações finais

Ao concluir o estágio de enfermagem à PSC II, torna-se essencial realizar uma reflexão sobre este gratificante percurso, que permitiu a aquisição de competências inerentes ao grau de mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Cada momento de estágio proporcionou-me oportunidades únicas de uma variedade de contextos clínicos, que permitiram alcançar os objetivos definidos, enriquecendo o meu conhecimento e preparando-me adequadamente para os desafios e demandas da prática profissional especializada.

A análise crítico-reflexiva das atividades realizadas durante o estágio e refletida neste relatório permitiu uma avaliação profunda e significativa das práticas e experiências vivenciadas em situações críticas. Permitiu reconhecer o progresso realizado ao longo do estágio, tanto em termos de conhecimento como em competências técnicas e relacionais.

Em ambos os contextos, a intervenção do enfermeiro especialista foi notável. A presença do enfermeiro especialista, tanto no Serviço de Urgência quanto no Serviço de Medicina Intensiva, evidenciou a abordagem diferenciada que o EEMC pode ter. A ênfase na prática baseada em evidência promoveu a entrega de cuidados de qualidade e orientados para os resultados. A responsabilidade ética e profissional foi constantemente reforçada, destacando a importância da integridade e do respeito pelas pessoas. A dedicação na procura da excelência do cuidado, aliada à constante busca por atualização e aperfeiçoamento profissional, evidenciou o valor e a importância do EEMC no contexto da prática clínica. Além dos pontos destacados, o enfermeiro especialista também demonstrou atitudes de liderança clínica em ambos os contextos, evidente na coordenação das atividades, na tomada de decisões complexas e na promoção de um ambiente de trabalho em equipa.

O estágio Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica II proporcionou um processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica à PSC. Procurei sempre um compromisso na prestação de cuidados com qualidade e em segurança, com o objetivo ser uma referência dentro da equipa, detentora de conhecimento baseado na melhor evidência científica.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Rotura de Aneurisma Cerebral

1. Resumo

Enquadramento: A rotura de aneurisma cerebral é uma causa significativa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo. A hemorragia subaracnóidea aneurismática está associada a uma taxa de mortalidade de 50% e dos que sobrevivem, 30% a 50% apresentam morbidade neurológica significativa que afeta a qualidade de vida. A evolução clínica da HSAa pode ter diversas complicações como ressangramento, hidrocefalia, e o vasoespasmo cerebral. As intervenções de enfermagem além de serem determinantes para prevenção das complicações tardias decorrentes da rotura do aneurisma cerebral, favorecem a qualidade dos cuidados e a promoção da recuperação da pessoa.

Objetivos: Mapear as intervenções de enfermagem à pessoa com rotura de aneurisma cerebral em contexto de internamento hospitalar.

Metodologia: Scoping Review com base na estratégia metodológica do Instituto Joanna Briggs. Definidos os critérios de elegibilidade com base na população, conceito e contexto (PCC), sendo "P", População, os estudos que abordem adultos com rotura de aneurisma cerebral; "C", Conceito, estudos que abordam intervenções de enfermagem à pessoa com rotura de aneurisma cerebral e "C", Contexto, estudos realizados em contexto de internamento hospitalar desde a admissão até à alta. A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL Complete, PUBMED, JBI Database of Systematic Reviews, COCHRANE Library Plus, COCHRANE Database of Systematic Reviews, MEDLINE (via PUBMED), CINAHL Complete (via EBSCO), SciELO, OpenGrey (DANS EASY) e DART- Europe.

Resultados: Foram incluídos 15 artigos na *scoping review*, sendo a sua maioria revisões de literatura. Emergiram 6 categorias de intervenções de enfermagem utilizando como referencial semântico a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): Monitorizar/Vigiar, Avaliar, Executar, Gerir, Informar e Assistir. O foco principal das intervenções de enfermagem é na segurança da pessoa, prevenindo o risco de complicações secundárias.

Conclusão: Através desta revisão é possível constatar que as intervenções de enfermagem são cruciais na prevenção de complicações e na maximização dos resultados funcionais da pessoa com aneurisma cerebral roto.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Hemorragia Subaracnoídea; Aneurisma Intracraniano

2. Abstract

Background: Brain aneurysm rupture is a significant cause of mortality and morbidity worldwide. Aneurysmal subarachnoid haemorrhage is associated with a mortality rate of 50% and of those who survive, 30% to 50% have significant neurological morbidity that affects quality of life. The clinical evolution of aSAH can lead to various complications such as rebleeding, hydrocephalus and cerebral vasospasm. Nursing interventions not only play a key role in preventing late complications resulting from ruptured cerebral aneurysms, but also favour the quality of care and promote recovery.

Objectives: To map nursing interventions for a person with ruptured cerebral aneurysms in hospital.

Methodology: Scoping Review based on the methodological strategy of the Joanna Briggs Institute. Eligibility criteria were defined based on population, concept and context (PCC), with "P", Population, being studies dealing with adults with ruptured cerebral aneurysms; "C", Concept, being studies dealing with nursing interventions for people with ruptured cerebral aneurysms and "C", Context, being studies carried out in the context of hospitalisation from admission to discharge. The search was carried out in the databases CINAHL Complete, PUBMED, JBI Database of Systematic Reviews, COCHRANE Library Plus, COCHRANE Database of Systematic Reviews, MEDLINE (via PUBMED), CINAHL Complete (via EBSCO), SciELO, OpenGrey (DANS EASY) and DART- Europe.

Results: 15 articles were included in the scoping review, most of them literature reviews. Six categories of nursing interventions emerged using the International Classification of Nursing Practice (ICNP) as a semantic reference: Monitor/Surveil, Evaluate, Perform, Manage, Inform and Assist. The main focus of nursing interventions is on the person's safety, preventing the risk of secondary complications.

Conclusion: This review shows that nursing interventions are crucial in preventing complications and maximising functional outcomes for people with ruptured cerebral aneurysms.

Keywords: Nursing Care; Subarachnoid Haemorrhage; Intracranial Aneurysm

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Os aneurismas cerebrais afetam cerca de 2-5% da população mundial (Hackenberg & Etminan, 2021). São dilatações patológicas das artérias intracranianas e podem ser classificados de acordo com sua configuração, etiologia ou sintomas clínicos (Nosiadek et al., 2023). A rotura de aneurisma cerebral, também conhecida como hemorragia subaracnoídea aneurismática (HSAa), é uma causa significativa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo (Kane et al., 2023). Estudos recentes indicam uma incidência média a nível mundial de ≈6,1 casos anuais por cada 100.000 habitantes, com alguns países, como a Finlândia e o Japão, a rondar os 20 casos por cada 100.000 habitantes (Hoh et al., 2023).

Uma HSAa é um evento neurológico devastador, cerca de 10-15% das pessoas com HSAa morrerão como resultado da hemorragia inicial e 25% morrerão dentro de 24 horas após o sangramento, com taxas de sobrevivência globais estimadas em 50% (Kane et al., 2023).

A abordagem da HSA evoluiu ao longo das décadas para incluir o tratamento de aneurismas usando abordagens cirúrgicas e endovasculares a proteger o aneurisma (embolização endovascular ou clipagem microcirúrgica) deve ser determinada após uma discussão da equipa multidisciplinar entre um neurocirurgião e um radiologista intervencionista (Preece & Young, 2021).

O dano cerebral inicial da HSA aguda não é evitável. Para reduzir a incapacidade posterior em termos de défices neurológicos isquémicos tardios, a abordagem da HSA deve centrar-se na prevenção, identificação e tratamento de complicações secundárias, tais como ressangramento, hidrocefalia aguda e, acima de tudo, isquemia cerebral tardia (Rieg et al., 2017). O ressangramento ocorre aproximadamente em 20% dos casos durante os primeiros 14 dias após a rotura inicial. O risco é maior nas primeiras 24 horas e permanece nos dias seguintes por um período de 4 semanas (Kane et al., 2023; Pereira et al., 2013). Os sinais e sintomas de um novo sangramento incluem dor de cabeça intensa, diminuição do estado de consciência, novos *deficits* neurológicos, náuseas e vómitos, portanto, cuidados especiais e monitorização de sinais e sintomas devem ser realizados (Scanlon, 2004a).

Estima-se que 70% a 90% dos doentes desenvolvam vasoespasmo e está relacionado ao mau prognóstico, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade após a rotura de um aneurisma intracraniano (Burns et al., 2018). O vasoespasmo cerebral geralmente ocorre entre o 4º e 14º dias após a hemorragia subaracnóidea, com pico por volta do sétimo dia, embora possa ocorrer muito mais cedo (Scanlon, 2004b).

Pessoas com HSAa geralmente necessitam de uma unidade de cuidados intensivos e internamento hospitalar prolongado, o que requer cuidados de enfermagem coordenados e especializados (Livesay et al., 2018).

A intervenção de enfermagem na fase aguda da HSA pode estar associado a diversos desafios (Nosiadek et al., 2023). É a equipa de enfermagem quem passa a maior parte do tempo em contato direto com a pessoa, por isso, é necessário que o enfermeiro tenha o conhecimento e a experiência necessária para atender às necessidades de saúde (Castillo-Garcia et al., 2019). Os enfermeiros que cuidam de pessoas após HSA devem ser confiantes e competentes na avaliação do estado neurológico, é importante identificar e relatar quaisquer alterações súbitas no estado neurológico porque estas podem ser indicadores precoces do desenvolvimento de complicações. Os cuidados de enfermagem devem ser abrangentes e bem organizados. O enfermeiro como membro da equipa interdisciplinar influência significativamente o processo de recuperação dos doentes após a HSA (Bowles, 2014; Nosiadek et al., 2023).

Os cuidados de enfermagem especializados são fundamentais e constituem a base das intervenções nos cuidados intensivos para prevenir complicações médicas e maximizar a possibilidade de um bom resultado funcional (Hoh et al., 2023).

4. Finalidade e objetivos

Com este estudo de investigação pretende-se contribuir para o conhecimento das intervenções de enfermagem, interdependentes e autónomas à pessoa com rotura de aneurisma cerebral, que promovam a prevenção de complicações e a recuperação da pessoa, através de um programa de intervenção de enfermagem sistematizado.

Para esta revisão, definiu-se como questão de investigação:

- Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com rotura de Aneurisma Cerebral, em internamento hospitalar?

Foi definido como principal objetivo:

Mapear as intervenções de enfermagem à pessoa rotura de aneurisma cerebral em contexto de internamento hospitalar.

5. Metodologia

A revisão foi guiada segundo a metodologia Joanna Briggs Institute para scoping review (Aromataris et al., 2020), e com base nas diretrizes do modelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). Segundo Munn e colaboradores (2018) uma scoping review mapeia a literatura e fornece uma visão geral das evidências, conceitos ou estudos num determinado campo. Os resultados das scoping reviews podem fornecer indicações onde podem ser necessárias mais investigação identificando e analisando lacunas de conhecimento. Este tipo de síntese do conhecimento deve ser realizado de maneira rigorosa, transparente e confiável, fornecendo uma visão abrangente ou um mapeamento das evidências (Peters et al, 2020).

Para estruturar o estudo de investigação e a sua implementação, foi desenvolvido um protocolo de revisão com informações sobre os objetivos da revisão, população incluída, a formulação da questão de investigação, os critérios de elegibilidade, a estratégia de pesquisa e da extração de dados. O protocolo foi registado na plataforma Open Science Framework (DOI 10.17605/OSF.IO/C89SP).

Para a análise dos artigos, elaborou-se uma tabela de extração de dados (APÊNDICE III) onde se incluiu o objetivo de cada estudo, a metodologia usada, as intervenções de enfermagem e os resultados.

5.1. Desenho do estudo

Foram considerados os critérios de elegibilidade PCC (População, Conceito e Contexto) para construir a questão orientadora da investigação (Munn et al., 2018; Peters et al., 2021). Foi definido como “P”, População, os estudos que abordem adultos com rotura de aneurisma cerebral; “C”, Conceito, estudos que abordam intervenções de enfermagem à pessoa com rotura de aneurisma cerebral e “C”, Contexto, estudos realizados em contexto de internamento hospitalar desde a admissão até à alta.

Foram considerados estudos primários e secundários, qualitativos e quantitativos. As revisões da literatura, incluindo revisões sistemáticas ou integrativas e artigos de opinião, também foram incluídos. Foi alvo de critério de exclusão estudos que se reportem a uma

população com menos de 18 anos de idade, grávidas e pessoas em fim de vida ou em cuidados paliativos. Não estão incluídos resumos em conferências.

A pesquisa foi realizada no dia 14 de dezembro 2023, sem limite temporal, nas bases de dados, CINAHL Complete, PUBMED, JBI Database of Systematic Reviews, COCHRANE Library Plus, COCHRANE Database of Systematic Reviews, MEDLINE (via PUBMED), CINAHL Complete (via EBSCO) e SciELO. Como fontes de literatura cinzenta a OPENGREY, e DART – Europe com o recurso da combinação de vários termos MeSH. A tabela 1 apresenta um exemplo de estratégia de pesquisa na base de dados - CINAHL (via EBSCO).

Tabela 1: Exemplo de estratégia de pesquisa na base de dados CINAHL (via EBSCO)

Pesquisa	Estratégia	Resultados
#1	"aneurysmal subarachnoid hemorrhage"	1.712
#2	"aneurysmal subarachnoid haemorrhage"	1.712
#3	"Subarachnoid Haemorrhage Aneurysmal"	1.963
#4	"Subarachnoid Hemorrhage Aneurysmal"	2.045
#5	"intracranial aneurysm rupture"	237
#6	"nurs*"	999.294
#7	("Subarachnoid Haemorrhage Aneurysmal" OR "aneurysmal subarachnoid haemorrhage" OR "Subarachnoid Hemorrhage Aneurysmal" OR "aneurysmal subarachnoid hemorrhage" OR "rupture intracranial aneurysm") AND nurs*	69
#8	Advanced Research for: AB Abstract +18	16

O programa ZOTERO 6.0.30 (Corporation for Digital Scholarship, 2023) foi utilizado para a extração de artigos, e gestão dos estudos. Posteriormente com recurso ao software *Rayyan Intelligent Systematic Review* foi realizada a remoção dos duplicados e o processo de seleção dos artigos. Análise dos artigos foi realizada por dois revisores independentes, sendo qualquer divergência resolvida por um terceiro revisor para confirmar a elegibilidade da referência.

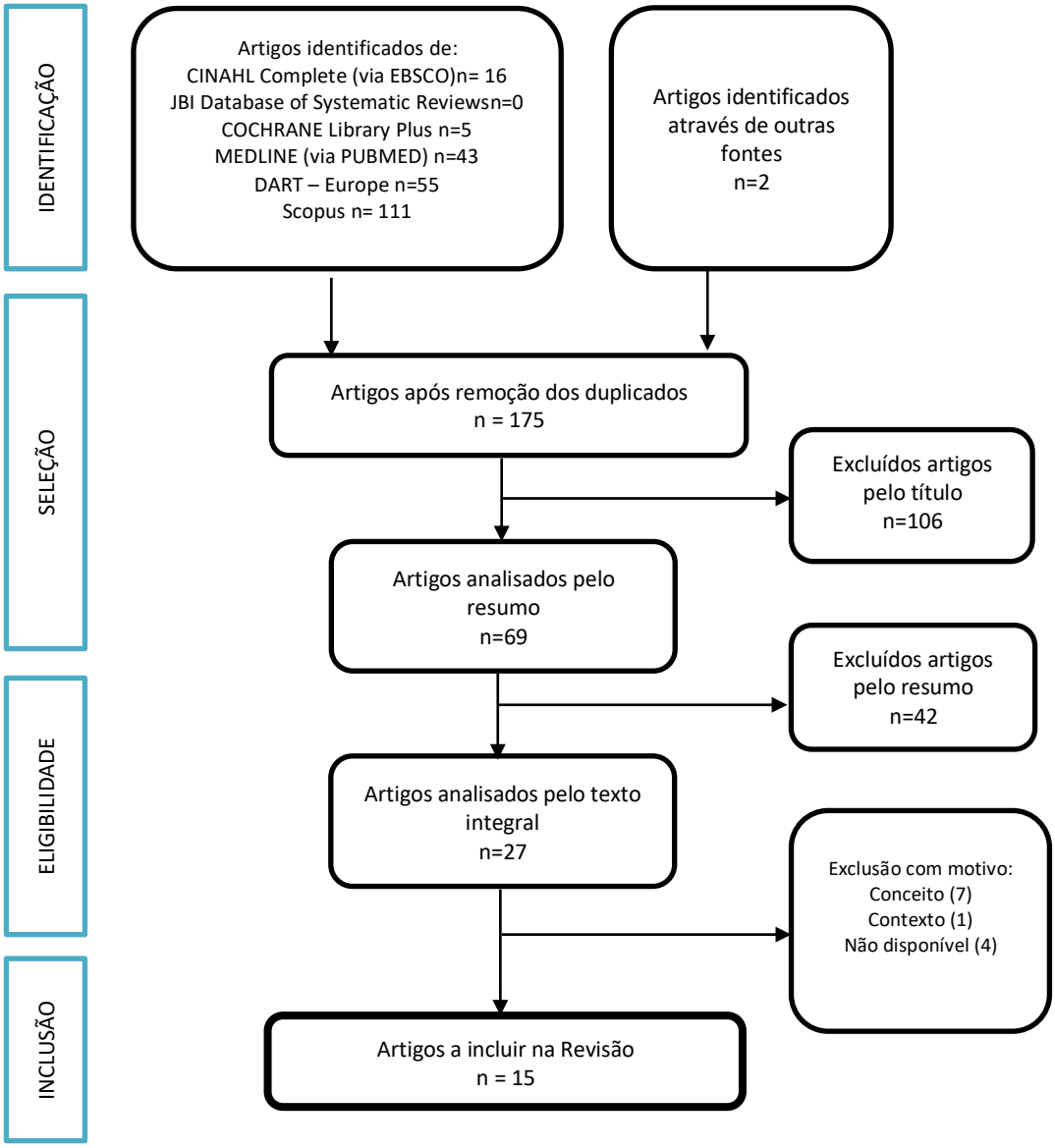
5.2. Considerações éticas

Esta revisão utiliza como dados, documentos disponíveis ao público, não sendo necessário considerar critérios que exijam a aprovação de uma comissão de ética. Os investigadores não possuem qualquer conflito de interesse na realização deste trabalho.

6. Resultados

A pesquisa realizada nas bases de dados definidas permitiu obter 230 artigos. Após as diferentes etapas apresentadas na Figura 1, foram selecionados 27 artigos para leitura integral. Deste processo de seleção resultaram 15 artigos finais. Para sistematizar todo o processo de seleção dos artigos, utilizou-se o fluxograma PRISMA-ScR. (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma PRISMA-ScR



Os artigos incluídos para a *scoping review,* demonstrados na Tabela 2, possuem datas de publicação no período de 1989 a 2023 e referem a população distribuídos por 5 países: Reino Unido, Austrália, Estados Unidos da América, Suécia e Polónia.

Tabela 2: Artigos incluídos na scoping review

Artigo	Autor/Titulo/Ano/País	Objetivos	Métodos
1	MacDonald, E "Aneurysmal subarachnoid hemorrhage" (1989) Estados Unidos da América	Oferecer uma revisão e atualização descritiva sobre a hemorragia subaracnóidea aneurismática	Revisão Narrativa da literatura
2	Cook, H.A. "Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: neurosurgical frontiers and nursing challenges" (1991) Estados Unidos da América	Analisar a HSAa estabelecendo uma relação entre o tratamento das complicações e as estratégias de tratamento aceites	Revisão Narrativa da literatura
3	Campbell, P.J., Edwards, S.M. "Hyperdynamic therapy: the nurse's role in the treatment of cerebral vasospasm" (1997) Estados Unidos da América	Descrever o papel do enfermeiro na terapia hiperdinâmica no tratamento do vasoespasmo cerebral, com o objetivo de melhorar a compreensão e a prática do enfermeiro nesse contexto	Estudo de Caso Descritivo
4	Scanlon, Andrew "Aneurysmal subarachnoid haemorrhage--part 1: Pre-operative nursing management diagnosis, complications and treatment: a composite case study" (2004) Austrália	Estudo de caso onde são abordadas as manifestações clínicas da HSAa, complicações associadas, bem como intervenções de enfermagem na gestão pré-operatória	Estudo de caso
5	Scanlon, Andrew "Aneurysmal subarachnoid haemorrhage--Part 2: Post-operative nursing management diagnosis, complications and treatment: a composite case" study (2004)	Gestão dos cuidados de enfermagem pós-operatórios da pessoa com HSAa. O artigo visa fornecer informações para profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, envolvidos	Estudo de caso

	Austrália	no cuidado a estas pessoas.	
6	Brettler, Sandra “Endovascular coiling for cerebral aneurysms” (2005) Estados Unidos da América	Fornecer uma revisão abrangente sobre a embolização endovascular de aneurismas cerebrais, a gestão pós-procedimento e as potenciais complicações associadas. Além disso, o estudo busca destacar o papel dos enfermeiros especializados no cuidado de pessoas submetidas a este procedimento	Revisão Narrativa da literatura
7	Hedlund, M., Ronne-Engstrom, E., Ekselius, L., Carlsson, M. “From monitoring physiological functions to using psychological strategies. Nurses' view of caring for the aneurysmal subarachnoid haemorrhage patient” (2008) Suécia	Descrever as opiniões dos enfermeiros sobre as necessidades físicas e de apoio das pessoas que sofreram HSAa. Descrever as opiniões dos enfermeiros sobre as mudanças nas circunstâncias sociais. Descrever as opiniões dos enfermeiros sobre as mudanças no estado mental das pessoas após HSAa	Pesquisa qualitativa descritiva exploratória. Realizadas entrevistas semiestruturadas com 18 enfermeiros em unidades de cuidados neurointensivos e de reabilitação
8	Bautista, Cynthia “Unresolved issues in the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage” (2012) Estados Unidos da América	Abordar e discutir as questões ainda não resolvidas no tratamento da HSAa, como o uso da nimodipina; o tipo de tratamento de aneurisma, a prevenção e tratamento de possíveis complicações e avaliações detalhadas de enfermagem	Revisão Narrativa da literatura

9	Wuchner, Staci Sue, Bakas, Tamilyn, Adams, Georgann, Buelow, Janice, Cohn, Jennifer "Nursing interventions and assessments for aneurysmal subarachnoid hemorrhage patients: A mixed methods study involving practicing nurses" (2012) Estados Unidos da América	Descrever as intervenções e avaliações de enfermagem ao cuidar da pessoa com HASa em contexto de cuidados intensivos	Estudo de métodos mistos O estudo envolveu entrevistas com 10 enfermeiros da unidade de cuidados neurocríticos em um grande hospital do Meio-Oeste dos Estados Unidos.
10	Rank, Wendi Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: Follow the guidelines (2013) Estados Unidos da América	Rever as diretrizes no tratamento da pessoa com hemorragia subaracnoideia aneurismática incluindo incidência, prevalência,tratamento e prevenção de complicações associadas à HSAa	Revisão das diretrizes
11	Bowles, Emma "Cerebral aneurysm and aneurysmal subarachnoid haemorrhage" (2014) Reino Unido	Aumentar o conhecimento sobre os aneurismas cerebrais, explorar o tratamento de aneurismas cerebrais rotos e não rotos, e considerar as intervenções e prioridades de enfermagem, destacando a necessidade de avaliação neurológica, monitorização de complicações e cuidados pós operatórios	Revisão Narrativa da literatura
12	Grimm, Jason WAneurysmal "Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Potentially Lethal Neurological Disease" (2015) Estados Unidos da América	Revê a epidemiologia e os fatores de risco da HASa, seguido de uma visão geral da anatomia neurológica pertinente e da fisiopatologia. Também aborda uma discussão sobre as intervenções de enfermagem em emergência antes do tratamento do aneurisma	Revisão Narrativa da literatura

13	Livesay et all “Nursing Care of the Patient with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage” (2018) Estados Unidos da América	Recomendações para os cuidados de enfermagem na abordagem à pessoa com HSAa	Revisão Sistematica da literatura
14	Hoh et all. “2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association” (2023) Estados Unidos da América	Recomendações para prevenir, diagnosticar e tratar pessoa com hemorragia subaracnóidea aneurismática (HSAa).	Revisão Sistematica da literatura
15	Nosiadek et all “The role of a nurse in caring for a patient after subarachnoid bleeding” (2023) Polónia	Descrever o papel dos cuidados de enfermagem á pessoa após HSAa	Revisão Narrativa da literatura

De forma a organizar e sintetizar os resultados, elaborou-se a Tabela 3 evidenciando intervenções de enfermagem, que dão resposta à questão e ao objetivo principal desta scoping review, utilizando como referencial semântico a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2020). Para a construção de intervenções, foi considerada a presença de termo do eixo Ação. Emergiram 6 categorias de intervenções de enfermagem: Monitorizar/Vigiar (13 intervenções), Avaliar (3 intervenções de enfermagem), Executar (6 intervenções de enfermagem), Gerir (11 intervenções), Informar (5 intervenções) e Assistir (9 intervenções).

Tabela 3: Intervenções de Enfermagem à pessoa com rotura de aneurisma cerebral, baseadas na CIPE ® versão 2020

Monitorizar/Vigiar
Monitorizar status neurológico[1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,12,13,14,15] (ECG, NIHSS, função pupilar, função motora)
Monitorizar status cardíaco [1,5,7,8,10,12] (Pressão venosa central, Pressão capilar pulmonar, monitorização cardíaca contínua)

Monitorizar status respiratório [1,5,9,12] (Monitorizar oxigenação arterial, monitorizar pressão capilar pulmonar, monitorizar frequência respiratória e saturação de oxigênio

Monitorizar Temperatura Corporal a cada 4 horas [5,8,9,12,13]

Monitorizar Glicemia Capilar [5,8,11,13]

Monitorizar PIC [1,10,12]

Monitorizar Balanço Hídrico [1,3,5,10,11]

Monitorizar resultados laboratoriais [1,3,4,5,6,8,9,12] (eletrólitos (sódio, potássio e cloreto, magnésio), monitorização da anticoagulação) [1,3,4,5,6,8,9,12]

Monitorizar convulsões [3,8,9,10,12,13]

Monitorizar densidade Urinaria [5,8]

Monitorizar nutrição [3,9,10,11,13]

Monitorizar pressão sanguínea [1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,12,13,14]

Vigiar sinais de complicações [1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13]

Avaliar
Avaliar a deglutição [3,13,14]
Avaliar risco de aspiração [3]
Avaliar e documentar a dor (duração, localização e o tipo de dor) [3,5,6,11,12,13] (deve incluir medidas comportamentais que identifiquem indicadores de dor não-verbais)

Executar
Executar oxigenoterapia e tratamentos respiratórios conforme solicitado [3,5]
Executar cinesiterapia respiratória [13]
Posicionar a pessoa [1,3,9,13]
Executar higiene oral [13] (Como rotina à pessoa que necessita de ventilação mecânica)
Aspirar secreções [13] (É segura para ser realizada em intervalos curtos em pessoas com HSAa, quando clinicamente indicado)
Executar tratamentos a drenos ventriculares externos [5,10,11,13]

Gerir
Cabeceira 30º ou conforme orientação [3,5,10,12,13]
Posicionamento da cabeça e pescoço [9]
Notificar o médico sobre alterações [1,3,5]
Gerir fluidoterapia [1,3,5,6,7,8,13]
Gerir a administração de bloqueadores dos canais de cálcio (nimodipina) [3,4,5,7,8,9,11]

- Gerir administração medicamentos conforme prescrição

- Gerir antipiréticos [1,8]
- Gerir analgésicos [1,3,5,9,10,12]
- Gerir antieméticos conforme prescrito [1,2,3,8,9,11]
- Administrar DDAVP/vasopressina conforme prescrito [3]
- Administrar medicamentos anticonvulsivantes prescritos e monitorizar os níveis sanguíneos para garantir uma dosagem eficaz [3,8,9,10,11]

Implementar precauções contra quedas e lesões [9]

Gerir arrefecimento periférico ou intravascular (se as intervenções farmacológicas não obtiverem sucesso na manutenção da normotermia) [8,12,13]

Incentivar a ingestão adequada de líquidos orais e alimentos, conforme prescrito [3]

Gerir protocolos de glicemia, febre e disfagia [14]

Aplicar medidas profiláticas de tromboembolismo venoso: [10,11,12]

- Aplicar meias antiembólicas [5]
- Aplicar dispositivo de compressão pneumática intermitente [8,13]

Coordenar serviços de suporte [1,2,3,5]

Informar

Ensinar à pessoa e família sobre a fisiopatologia da formação aneurismática e HSAa[1,2,3,5,9,12]

Ensinar técnicas básicas de relaxamento [3]

Informar sobre exames como Tomografia Axial Computadorizada (TAC) e Angiografia [1,3,6]

Comunicar efetivamente com a família e a equipa multidisciplinar [7,9,12]

Explicar medidas de tratamento, cirurgia e complicações que podem se desenvolver [1,3,6]

Assistir

Promover repouso na cama [1,2,4,6,10,11,12]

Promover ambiente silencioso, reduzir estímulos externos (tv, radio e visitas) [1,2,3,4,5,9,10,11,12,13]

Promover apoio emocional [1,2,3,5,7]

Promover sono adequado [13]

Permitir períodos de descanso [1]

Promover eliminação intestinal [1,2,4,8,11] sem recorrer a enemas retais [2]

Promover conforto através do posicionamento [1,2,3]

Promover mobilidade física [13,14]

Assistir na deambulação precoce após o tratamento do aneurisma [13]

7. Discussão

As intervenções de enfermagem à pessoa com HSAa são iniciadas no momento da admissão e continuam durante todo o internamento e durante a recuperação. São a espinha dorsal e o pilar das intervenções de cuidados intensivos na prevenção de complicações e na maximização de um bom resultado funcional (Hoh et al., 2023).

A vigilância de sinais de complicações na pessoa após evento como HSAa é crucial para o tratamento eficaz e a prevenção de consequências graves. Hoh et al (2023) referem que o foco do cuidado é a redução de complicações médicas e insultos secundários, incluindo a manutenção da euvolemia e a prevenção da variabilidade da pressão arterial. Nosiadek et al., (2023) referem que o enfermeiro garante a segurança da pessoa, reduzindo o risco de complicações secundárias.

O desafio para os profissionais de enfermagem passa pela melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados tanto a indivíduos quanto a grupos da comunidade, assim como promover o seu reconhecimento enquanto disciplina profissional autónoma (Coelho & Mendes, 2011).

Os resultados apresentados a partir dos estudos selecionados fornecem uma visão abrangente das intervenções de enfermagem recomendadas para lidar com as complicações e desafios associados a essa condição neurológica grave. Destacaram-se intervenções no âmbito de monitorizar/vigiar, executar, informar, assistir e gerir, utilizando como referencial semântico a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Os estudos selecionados nesta revisão, ressaltam que a avaliação neurológica frequente, monitorização hemodinâmica e a vigilância atenta são fundamentais para prevenir complicações e detetar precocemente alterações no estado neurológico e hemodinâmico, garantindo uma resposta rápida e eficaz. Segundo Scanlon (2004a) e (Nosiadek et al., 2023) esta avaliação fornecerá uma linha de base para avaliar qualquer melhoria ou deterioração da condição da pessoa. Qualquer alteração no estado de consciência, orientação, função motora, função pupilar, localização e início da dor de cabeça deve ser anotada e relatada ao médico responsável para que a intervenção precoce e a avaliação diagnóstica possam ser iniciadas (Campbell & Edwards, 1997; Rank, 2013; Scanlon, 2004a). Como ferramenta de avaliação neurológica abrangente, recomendam o uso da ECG (Bowles, 2014; Grimm, 2015; Hoh et al., 2023; Scanlon, 2004a) ou a escala do *National Institutes of Health Stroke* (NIHSS) para monitorizar isquemia cerebral tardia e outras complicações secundárias (Hoh et al.,

2023) assim como a reação pupilar (tamanho, igualdade e reação à luz), e a função motora (Bowles, 2014; Scanlon, 2004b).

Os intervalos recomendados para a avaliação do estado neurológico variam de acordo com a gravidade do quadro clínico, sendo inicialmente mais frequentes e posteriormente ajustados conforme a estabilidade da pessoa (Grimm, 2015; Hoh et al., 2023). Alguns intervalos comuns para a avaliação neurológica incluem: avaliação a cada 1-2 horas (MacDonald, 1989), de 15 minutos a 4 horas (Hoh et al., 2023), a cada 30 a 60 minutos (Cook, 1991), e avaliações de meia em meia hora durante quatro horas, seguidas de avaliações de hora em hora durante quatro horas e, posteriormente, avaliações a cada uma a duas horas durante a noite até a revisão pela equipa médica de Neurocirurgia (Scanlon, 2004).

Nos cuidados neurocriticos, os enfermeiros são responsáveis pela monitorização dos parâmetros vitais e também devem usar as suas competências para tirar conclusões corretas e rápidas dos dados obtidos para alertar os médicos quando necessário (Hedlund M et al., 2008). A monitorização da pressão arterial na pessoa com aneurisma cerebral roto deve ser frequente e rigorosa para prevenir complicações e garantir a estabilidade hemodinâmica. Os parâmetros de pressão arterial são definidos de acordo com o estado neurológico da pessoa e, por isso, são altamente individualizados (Cook, 1991). Hoh et al., (2023) recomendam avaliações a cada 15 minutos a 4 horas com necessidade de ajustar a frequência de monitorização conforme o estado clínico da pessoa. Pessoas estáveis podem ser monitorizadas a cada 4 horas, enquanto aquelas com sinais de instabilidade podem requerer monitorização a cada 15 minutos. Campbell & Edwards, (1997) recomendam avaliações de 1 a 2 horas, sendo a monitorização horária indicada em situações de risco elevado ou durante fases críticas. No pré operatório é recomendado avaliações de hora em hora ou mesmo de meia em meia hora, para detetar qualquer deterioração na condição da pessoa relacionada a complicações potenciais, como ressangramento, hidrocefalia, vasoespasmo cerebral e convulsões (Scanlon, 2004a).

As metas de pressão arterial variam conforme o estado do aneurisma e a presença de complicações como vasoespasmo. Pressão arterial sistólica e pressão arterial média (PAM) devem ser mantidas abaixo de 160 mm Hg e 110 mm Hg, respetivamente, antes da fixação do aneurisma. Isso é crucial para evitar ressangramento do aneurisma (Bowles, 2014; Grimm, 2015; MacDonald, 1989; Rank, 2013). Na presença de vasospasmo, num aneurisma clipado, deve-se elevar a pressão arterial sistólica entre 160-200mmhg, para melhorar a perfusão cerebral adequada e combater a isquemia cerebral (MacDonald, 1989; Scanlon, 2004b, Bautista, 2012). Segundo Wuchner et al., (2012), nenhum estudo demonstrou um efeito

independente da hipertensão induzida no resultado após HSAa. A hipertensão induzida deve ser explorada em pessoas com suspeita de Isquemia Cerebral Tardia.

Perante um aneurisma não tratado com vasoespasmo, os autores Bautista, (2012) e MacDonald, (1989) sugerem valores de pressão arterial entre 120-150 mm Hg, para reduzir o risco de rotura durante episódios de vasoespasmo.

A promoção de um ambiente silencioso, reduzindo estímulos (p.e. tv, radio e visitas) assim como promoção de sono adequado (Livesay et al., 2018) e períodos de descanso (MacDonald, 1989) devem ser mantidos para diminuir possíveis fatores agravantes, que podem levar ao aumento da pressão arterial (Bowles, 2014; Campbell & Edwards, 1997; Cook, 1991; Grimm, 2015; Livesay et al., 2018; MacDonald, 1989; Rank, 2013; Scanlon, 2004a, 2004c; Wuchner et al., 2012).

Dentre as responsabilidades da equipa de enfermagem, destacam-se ainda dentro da ação monitorizar: monitorização da PIC (Grimm, 2015; MacDonald, 1989; Rank, 2013; Scanlon, 2004c), monitorização da pressão venosa Central (PVC) (Grimm, 2015; Hedlund M et al., 2008; MacDonald, 1989; Scanlon, 2004c), monitorizar glicemia capilar (Bautista, 2012; Bowles, 2014; Livesay et al., 2018; Scanlon, 2004c; Wuchner et al., 2012), monitorizar temperatura corporal a cada 4 horas (Bautista, 2012; Grimm, 2015; Livesay et al., 2018; Scanlon, 2004c; Wuchner et al., 2012), monitorizar densidade urinária (Bautista, 2012; Scanlon, 2004c), monitorizar convulsões (Bautista, 2012; Campbell & Edwards, 1997; Grimm, 2015; Livesay et al., 2018; Rank, 2013; Wuchner et al., 2012) e monitorizar nutrição (Bowles, 2014; Campbell & Edwards, 1997; Livesay et al., 2018; Rank, 2013; Wuchner et al., 2012).

Valores de PIC inferior a 15mmhg são recomendados (Grimm, 2015; MacDonald, 1989; Scanlon, 2004b). Elevações persistentes da PIC podem levar a uma diminuição da perfusão cerebral, causando isquemia, herniação ou mesmo a morte da pessoa (Grimm, 2015). Dor de cabeça, náuseas, vómitos, confusão, e alterações no nível de consciência são sinais de aumento da pressão intracraniana, devendo o enfermeiro estar desperto para relatar alterações subtis no estado neurológico da pessoa (Bowles, 2014).

O posicionamento da pessoa também foi significativo para monitorização da pressão intracraniana segundo o estudo de Wuchner et al., (2012). Para prevenir aumentos da PIC, enfermeiros reposicionaram a pessoa para que as suas cabeças e corpos permanecessem na linha média. Elevação da cabeceira a 30º também mostrou ser eficaz na redução da PIC, facilitando drenagem venosa (Campbell & Edwards, 1997; Grimm, 2015; Livesay et al., 2018; MacDonald, 1989; Rank, 2013). A PIC também pode ser mensurada e controlada através de uma DVE, sendo o enfermeiro responsável pela promoção das melhores práticas de cuidados

com o manuseamento do dispositivo (Bowles, 2014; Livesay et al., 2018; Rank, 2013; Scanlon, 2004c).

A monitorização da glicemia e temperatura também devem ser bem controladas durante o tratamento. Hiperglicemia e hipoglicémia estão associadas a resultados desfavoráveis em pessoas com hemorragia subaracnóidea aneurismática (Bowles, 2014; Rank, 2013).

A monitorização da temperatura, e controlo da febre, é importante nesta população porque a febre pode ter um impacto negativo na recuperação. Segundo Livesay et al., (2018) vários estudos concluíram que a hipertermia (temperatura corporal> 38,3 °C) está associada ao aumento da isquemia cerebral, piores resultados funcionais, aumento do sofrimento metabólico cerebral e mortalidade. A utilização de cobertores de arrefecimento ou de arrefecimento intravascular pode ser iniciada se a febre não puder ser controlada com medicação (Grimm, 2015).

As intervenções de prevenção de lesões também incluíram vigiar sinais e sintomas de infeção (como febre e LCR turvo) (Rank, 2013), vigiar sinais do risco de imobilidade (Bowles, 2014; Grimm, 2015; MacDonald, 1989; Rank, 2013), vigiar sinais de úlceras por pressão (Hedlund M et al., 2008) e vigiar local do procedimento endovascular (Bautista, 2012; Brettler, 2005; Rank, 2013). Sugerem para a prevenção de complicações associadas a imobilidade: posicionar a pessoa (Campbell & Edwards, 1997; Grimm, 2015; MacDonald, 1989; Wuchner et al., 2012) a cada duas horas (Campbell & Edwards, 1997; Wuchner et al., 2012), promover mobilidade física (Hoh et al., 2023), deambulação precoce após o tratamento do aneurisma (Livesay et al., 2018), implementar precauções contra quedas e lesões (Wuchner et al., 2012) e aplicar medidas profiláticas de tromboembolismo venoso (Bowles, 2014; Grimm, 2015; Rank, 2013), como meias antiembólicas (Scanlon, 2004b) e dispositivo de compressão pneumática intermitente (Bautista, 2012; Livesay et al., 2018).

Pessoas submetidas a procedimentos endovasculares deveram ser vigiadas quanto a quaisquer sinais de sangramento, incluindo exsudação ou hematomas no local do procedimento (Bautista, 2012; Brettler, 2005; Rank, 2013). Como é utilizado um meio de contraste, o enfermeiro deve observar também sinais de complicações relacionadas ao contraste, nomeadamente sinais de reação alérgica (Livesay et al., 2018; Rank, 2013).

Avaliar e documentar a dor é também crucial no cuidado à pessoa com aneurisma cerebral, pois a dor pode ser um indicador de complicações graves e afetar significativamente a recuperação e o bem-estar da pessoa.

O primeiro sintoma de hemorragia é uma dor de cabeça forte e penetrante que persiste após a administração de analgésicos (Nosiadek et al., 2023). A localização e início da dor de cabeça deve ser anotada e relatada ao médico responsável para que a intervenção precoce e a

avaliação diagnóstica possam ser iniciadas (Scanlon, 2004a). Paracetamol e opiáceos são agentes preferidos para dor de cabeça. A seleção de opiáceos deve considerar o potencial início, duração, titulação e efeitos colaterais, incluindo efeitos sobre a hemodinâmica e o estado neurológico da pessoa (Livesay et al., 2018). A morfina e a petidina têm um efeito sedativo que pode mascarar a deterioração do estado de consciência da pessoa (Scanlon, 2004b). A dor pode resultar em ansiedade e elevação da pressão arterial, o que, por sua vez, pode aumentar a PIC e a probabilidade de ressangramento (Livesay et al., 2018). Assim, recomenda-se a utilização de medicamentos reversíveis e de ação curta (Grimm, 2015).

Na categoria Gerir destacam-se as intervenções de enfermagem para uma gestão eficaz na administração de medicação, nomeadamente a gestão da fluidoterapia (Bautista, 2012; Brettler, 2005; Campbell & Edwards, 1997; Hedlund M et al., 2008; Livesay et al., 2018; MacDonald, 1989; Scanlon, 2004b) e a administração de bloqueadores canais de cálcio (nimodipina) (Bautista, 2012; Bowles, 2014; Campbell & Edwards, 1997; Hedlund M et al., 2008; Scanlon, 2004a, 2004b; Wuchner et al., 2012).

A gestão da fluidoterapia na pessoa com HSAa deve abranger uma série de fatores, como status de aneurisma (protegido ou não), vasoespasmo, isquémia cerebral tardia, função cardíaca, perda cerebral de sal, síndrome inapropriado de hormona antidiurética e diabetes insípido (Livesay et al., 2018).

Enfermeiros de cuidados intensivos devem monitorizar os parâmetros de pressão arterial para evitar quedas repentinas na pressão de perfusão e garantir reposição rápida de fluidos intravenosos com o uso de solução salina isotónica e colóides. Se a hipotensão persistir, devem ser instituídos vasopressores intravenosos (Bautista, 2012).

O uso de Nimodipina na prevenção do vasoespasmo cerebral é amplamente aceite e ao contrário de outros bloqueadores dos canais de cálcio a Nimodipina é lipossolúvel e atravessa rapidamente a barreira hematoencefálica, exercendo assim um efeito maior no fluxo sanguíneo cerebral (Bautista, 2012; Scanlon, 2004a). A Nimodipina pode ser interrompida se comprometer a pressão arterial da pessoa menos do que 120mmhg sistólica, podendo comprometer a perfusão cerebral (Scanlon, 2004a). Os enfermeiros precisam estar cientes dos efeitos adversos hipotensores ao administrar um bloqueador dos canais de cálcio, e a nimodipina em particular. É essencial avaliar a pressão arterial da pessoa 30 minutos antes e 1 hora após a administração de nimodipina (Bautista, 2012).

Outra categoria emerge desta revisão é o informar. Ensino à pessoa e família sobre a fisiopatologia da formação aneurismática e HSAa (Campbell & Edwards, 1997; Cook, 1991; Grimm, 2015; MacDonald, 1989; Scanlon, 2004b; Wuchner et al., 2012), informar sobre exames como Tomografia Axial Computadorizada (TAC) e Angiografia (Brettler, 2005;

Campbell & Edwards, 1997; MacDonald, 1989), comunicar efetivamente com a família e a equipa multidisciplinar (Grimm, 2015; Hedlund et al., 2008; Wuchner et al., 2012) e ensinar técnicas básicas de relaxamento (Campbell & Edwards, 1997) foram as intervenções descritas nesta categoria.

Os enfermeiros entrevistados no estudo de Wuchner et al., (2012) citaram a necessidade de comunicação com outros profissionais, como muito importante, especialmente quando se discute a neurofisiologia e componentes do cuidado á pessoa com HSAa. A frustração e as preocupações de segurança relacionadas à falta de comunicação entre os diferentes profissionais foram citadas inúmeras vezes. Ainda nesta categoria os enfermeiros identificaram a importância das atividades proporcionadas por outros grupos profissionais e familiares que colaboravam com a equipa de enfermagem para promover a recuperação da pessoa (Hedlund et al., 2008).

O conteúdo analisado destaca as intervenções autónomas e interdependentes no cuidado à pessoa com HSAa, desempenhando papéis distintos, porém complementares. Ao combinar intervenções autónomas e interdependentes, os enfermeiros podem fornecer um cuidado abrangente e eficaz à pessoa com aneurisma cerebral roto, garantindo uma abordagem holística e multidisciplinar para a gestão das complicações e a promoção da recuperação.

As intervenções autónomas de enfermagem descritas passam pela avaliação neurológica, gestão do ambiente; redução de estímulos, como a luminosidade, ruído, visitas; promoção do repouso na cama com cabeceira do leito a 30º; cuidado no posicionamento da cabeceira e pescoço, mantendo a cabeça na linha média, facilitando assim a drenagem venosa, consequente melhoria da PPC; gestão de situações ou cuidados que exijam esforço por parte do doente como aspiração de secreções e a promoção da eliminação intestinal sem recurso a enemas; promoção de períodos de descanso assim como sono adequado e conforto através do posicionamento.

O suporte emocional à pessoa e família, gerindo *o stress* e a ansiedade associados à condição clínica e uma comunicação eficaz com a família e a equipa multidisciplinar também são abordadas como intervenções autónomas fundamentais no tratamento da pessoa com rotura de aneurisma cerebral.

A integração destas abordagens reflete a importância da prática baseada em evidências na promoção da saúde e no tratamento eficaz da pessoa com HSAa.

8. Conclusão

O presente estudo destaca a intervenção do enfermeiro à pessoa acometida por uma rotura de aneurisma cerebral, evidênciada como uma elevada morbidade e mortalidade na população mundial. Foram mapeadas intervenções de enfermagem através da revisão scoping que evidenciou 6 áreas de intervenção de enfermagem: Monitorizar/Vigiar, Avaliar, Executar, Gerir, Informar e Assistir. A monitorização regular e a deteção precoce de alterações no estado neurológico são essenciais, juntamente com a prevenção de complicações e a garantia da segurança da pessoa. A intervenção de enfermagem na pessoa com HSAa envolve intervenções autónomas de enfermagem, baseadas no julgamento clínico e no conhecimento especializado do enfermeiro, bem como intervenções interdependentes que requerem a colaboração com outros profissionais de saúde, promovendo a troca de conhecimento que resulta numa assistência integral e de qualidade.

Há uma escassez de literatura relativa à intervenção do enfermeiro perante uma pessoa após uma HSAa. O conteúdo dos artigos, na maioria revisões de literatura, fornece poucas informações sobre as tomadas de decisão realizadas pelo enfermeiro. Mais pesquisas nesta área são necessárias.

Este estudo emerge como um ponto de partida para a construção de um programa de intervenção sistematizada à pessoa com rotura de aneurisma cerebral. Reúne as intervenções de enfermagem e pode servir como suporte para os enfermeiros da prática clínica. Os enfermeiros devem ser capacitados para utilizar ferramentas de avaliação neurológica de forma eficaz para implementar medidas preventivas rigorosas.

Para futuros desenvolvimentos, recomenda-se a realização de estudos que avaliem o impacto das intervenções de enfermagem em diferentes desfechos clínicos. Além disso, a formação contínua e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros devem ser priorizados para garantir que estejam atualizados com as melhores práticas baseadas em evidências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na procura do conhecimento diferenciado, decidi envergar por este projeto com o objetivo de me tornar Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, com expectativa de reconhecimento como um elemento de referência na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica.

O término deste relatório evidencia o caminho percorrido no desenvolvimento das competências comuns e especificas de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Competências estas, técnicas e científicas diferenciadas acompanhadas de um pensamento critico-reflexivo.

A concretização da vertente prática dos estágios permitiu o meu crescimento profissional com aquisição de competências no âmbito da área de especialização, desenvolvendo atividades para a concretização dos objetivos delineados.

Analisando o trabalho realizado e os resultados alcançados, considero que os objetivos traçados para cada contexto de estágio foram alcançados. Habilidades e conhecimentos em diferentes áreas foram adquiridos, com uma partilha de experiências pessoais e profissionais contribuindo para a melhoria contínua da prática de enfermagem.

Importa também referir o conhecimento adquirido na componente de investigação. Todo o percurso desenvolvido nesta área permitiu a aquisição de competências em todo o processo metodológico e na construção do pensamento científico, contribuindo para o avanço do conhecimento na área de estudo, permitindo uma tomada de decisão, informada e baseada em evidências. Foi realizada uma revisão scoping com o objetivo de apurar a evidência científica existente sobre as intervenções do enfermeiro na pessoa com aneurisma cerebral roto, com o intuito de melhoria do resultado final.

Considero ter cumprido o objetivo definido para este estudo de investigação, relatando a evidência científica existente da temática em análise, bem como, contribuir para uma intervenção de enfermagem sistematizada baseada na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS. (2013). *Recomendacoes Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). *Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf

Alshyyab, M. A., FitzGerald, G., Dingle, K., Ting, J., Bowman, P., Kinnear, F. B., & Borkoles, E. (2019). Developing a conceptual framework for patient safety culture in emergency department: A review of the literature. *The International Journal of Health Planning and Management*, *34*(1), 42–55. https://doi.org/10.1002/hpm.2640

Alvim, A. L. S., Couto, B. R. G. M., & Gazzinelli, A. (2020). Qualidade dos programas de controle de infecção hospitalar: Revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *41*. https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/108038

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01

Aydogdu, A. L. F. (2023). Exploring Different Aspects of Nursing Leadership: An Integrative Review of Qualitative Studies. *Modern Care Journal*, *20*(4), Artigo 4. https://doi.org/10.5812/modernc-130402

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, *5*(4), 302–311. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302

Barbosa, V. M. da S., & Silva, J. V. dos S. (2018). Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: Revisão integrativa. *Rev. Enferm.*

Atenção Saúde, 260–271. http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2517/pdf

Barker, A. K., Brown, K., Siraj, D., Ahsan, M., Sengupta, S., & Safdar, N. (2017). Barriers and facilitators to infection control at a hospital in northern India: A qualitative study. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, *6*, 35. https://doi.org/10.1186/s13756-017-0189-9

Batassini, É., Silveira, J. T. da, Cardoso, P. C., Castro, D. E., Hochegger, T., Vieira, D. F. V. B., & Azzolin, K. de O. (2019). *Nursing Activities Score:* qual periodicidade ideal para avaliação da carga de trabalho? *Acta Paulista de Enfermagem*, *32*, 162–168. https://doi.org/10.1590/1982-0194201900023

Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldes, J., & Fernandes, A. (2017). Family presence during emergency situations: The opinion of nurses in the adult emergency department. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(13), 83–92. https://doi.org/10.12707/RIV16085

Bautista, C. (2012). Unresolved Issues in the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *AACN Advanced Critical Care*, *23*(2), 175–185. https://doi.org/10.4037/nci.0b013e31824ebcfa

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.* (Quarteto Editora).

Bento, A. F. G., & Sousa, P. P. (2021). Delirium in adult patients in intensive care: Nursing interventions. *British Journal of Nursing*, *30*(9), 534–538. https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.9.534

Borges, D. R. de O. (2015). *A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS* [masterThesis, Instituto Politecnico de Viana do Castelo]. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf

Bowles, E. (2014). Cerebral aneurysm and aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, *28*(34), 52–59. https://doi.org/10.7748/ns2014.04.28.34.52.e8694

Brettler, S. (2005). Endovascular coiling for cerebral aneurysms. *AACN clinical issues*, *16*(4), 515–525. https://doi.org/10.1097/00044067-200510000-00008

Calle, G. H. L., Martin, M. C., & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *29*, 9–13. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003

Campbell, P. J., & Edwards, S. M. (1997). Hyperdynamic therapy: The nurse's role in the treatment of cerebral vasospasm. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, *29*(5), 318–324. https://doi.org/10.1097/01376517-199710000-00005

Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem—Manual Prático* (pp. 1–56). https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31971

Carvalho, L. A., Thofehrn, M. B., Barlem, E. L. D., Fernandes, H. N., & Borel, M. C. G. (2021). AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOB A PERSPECTIVA DA TEORIA DOS VÍNCULOS PROFISSIONAIS. *Revista Renome*, *10*(1), Artigo 1. https://doi.org/10.46551/rnm23173092202100106

Castillo-Garcia, J. K., García-Rosas, E., Cheverría-Rivera, S., Castillo-Garcia, J. K., García-Rosas, E., & Cheverría-Rivera, S. (2019). Atención de Enfermería durante el postoperatorio a paciente sometido a clipaje de aneurisma por ruptura. *Enfermería universitaria*, *16*(1), 105–116. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.593

CIPE. (2020). *ICNP 2019 Português.pdf*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf

Coelho, S. M. S., & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery*, *15*, 845–850. https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026

Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017, novembro 25). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. 26–32.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Cook, H. A. (1991). Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: Neurosurgical frontiers and nursing challenges. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, *2*(4), 665–674. https://doi.org/10.4037/15597768-1991-4006

Costa, C. R. D. B., Santos, S. S. D., Godoy, S. D., Alves, L. M. M., Silva, Í. R., & Mendes, I. A. C. (2021). ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA. *Cogitare Enfermagem*, *26*. https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.79446

Costa, C. P. V. da, Luz, M. H. B. A., Bezerra, A. K. F., & Rocha, S. S. da. (2016). Aplicação da teoria de enfermagem de Callista Roy ao paciente com acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, *10*(1), Artigo 1. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i1a10960p352-360-2016

de Assis Martins, P. C., & Martins Gualberto Vaz, A. K. (2020). Infecções prevalentes na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Enfermagem Brasil*, *19*(3), 238–245. https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.3948

Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 março, Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15 (1995). https://files.dre.pt/1s/1995/03/063a00/13501416.pdf

Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro., Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04 (1996). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf

Delaney, L. J., Currie, M. J., Huang, H.-C. C., Lopez, V., Litton, E., & Van Haren, F. (2017). The nocturnal acoustical intensity of the intensive care environment: An observational study. *Journal of Intensive Care*, *5*(1), 41. https://doi.org/10.1186/s40560-017-0237-9

Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro (2018). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166

Despacho n.º 18459/2006, de 12 de setembro, Diário da República n.º 176/2006, Série II de 2006-09-12, páginas 18611 - 18612 (2006). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/18459-2006-1518280

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochwerg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., … Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, *46*(9), e825–e873. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma nº 020/2014 atualizada a 14/12/2015. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/12/30/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes/

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma nº 001/2017—Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma nº 015/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/

Direção-Geral da Saúde. (2022). *norma_021/2015 atualizada 17/11/2022. «Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação»*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2023). *NORMA CLÍNICA: 004/2023.Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o*

Internamento. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx

Eleto Hamadé, D. do C., de Souza Moraes, C., Duarte Martins, M. O., & Pereira da Costa, C. C. (2020). Nursing Diagnoses with Coronary Patients in the Light of Callista Roy's Theory. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, *12*(1), 130–137. https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7137

Ferreira, A. R., & Cruz, I. C. da. (2020). Nursing evidence-based practice guidelines for the patient at risk of ineffective cerebral tissue perfusion in the intracranial aneurysm in ICU - Systematized Literature Review. *Journal of Specialized Nursing Care*, *12*(1), Artigo 1. http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3332

Ferreira, M., Fernandes, J., Jesus, R., & Araújo, I. (2020). Abordagem na sala de emergência: Dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, *V Série*(Nº 1), e19086. https://doi.org/10.12707/RIV19086

Figueira, A. I. R., Amaral, G. M. M. da S., & Carmo, T. I. G. do. (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: Um estudo transversal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *11*(1), Artigo 1. https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2712

Flynn, F., Evanish, J. Q., Fernald, J. M., Hutchinson, D. E., & Lefaiver, C. (2016). Progressive Care Nurses Improving Patient Safety by Limiting Interruptions During Medication Administration. *Critical Care Nurse*, *36*(4), 19–35. https://doi.org/10.4037/ccn2016498

Freitas, W. C. J. de, Alves, V. C., Ramos, J. S., Chagas, S. R. G., Mata, L. R. F. da, Menezes, A. C., & Ribeiro, H. C. T. C. (2019). Distrações e interrupções no preparo e na administração de medicamentos em unidades de internação hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *21*, 55516–55516. https://doi.org/10.5216/ree.v21.55516

Gomes, N. K. de C., Vicentine, A. B., Paixão, V. M., Junior, W. P. C., Costa, A. R. de A. da, Rufino, L. R. M. da C., Macedo, A. C. G., & Lavagnoli, L. Z. (2023). Abordagem inicial no paciente politraumatizado. *Brazilian Journal of Health Review*, *6*(5), 20912–20923. https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-121

Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicações das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *11*(1), Artigo 1. https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746

Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl-Knizacek, L., Sari, F., Shammet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., & Monsieurs, K. G. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, *161*, 388–407. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016

Grimm, J. W. (2015). Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Potentially Lethal Neurological Disease. *Journal of Emergency Nursing*, *41*(4), 281–284. https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.12.018

Grupo Português de Triagem. (2021). *Grupo Portugues Triagem | GPT*. Grupo Português de Triagem. https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/

Hackenberg, K. A. M., & Etminan, N. (2021). Neurovascular disease, diagnosis, and therapy: Brain aneurysms. Em *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 176, pp. 121–134). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64034-5.00001-8

Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., van der Schans, C. P., & Luttik, M. L. A. (2021). The importance of families in nursing care: Attitudes of nurses in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *35*(4), 1207–1215. https://doi.org/10.1111/scs.12939

Hedlund M, Ronne-Engstrom E, Ekselius L, & Carlsson M. (2008). From monitoring physiological functions to using psychological strategies. Nurses' view of caring for the aneurysmal subarachnoid haemorrhage patient. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, *17*(3), 403–411. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01878.x

Hoh, B. L., Ko, N. U., Amin-Hanjani, S., Chou, S. H.-Y., Cruz-Flores, S., Dangayach, N. S., Derdeyn, C. P., Du, R., Hänggi, D., Hetts, S. W., Ifejika, N. L., Johnson, R., Keigher, K. M., Leslie-Mazwi, T. M., Lucke-Wold, B., Rabinstein, A. A., Robicsek, S. A.,

Stapleton, C. J., Suarez, J. I., … Welch, B. G. (2023). 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *54*(7), e314–e370. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000436

Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., Chan, X. H. S., Devane, D., & Biesty, L. M. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: A rapid qualitative evidence synthesis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*(4), CD013582. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582

Imanipour, M., Kiwanuka, F., Akhavan Rad, S., Masaba, R., & Alemayehu, Y. H. (2019). Family members' experiences in adult intensive care units: A systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33*(3), 569–581. https://doi.org/10.1111/scs.12675

INEM. (2022). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde—INEM*. https://www.inem.pt/2022/05/05/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/

John, J., & Srivastava, S. (2022). A Study to Assess the Knowledge and Practice of Nurses on Prevention of Ventilator Associated Pneumonia (VAP), and to Seek Its Relationship with the Selected Factors at Selected Hospitals of Delhi and NCR. *International Journal of Nursing Care*, *10*(1), 9–15. https://doi.org/10.37506/ijonc.v10i1.17823

Kane, S. F., Butler, E., & Sindelar, B. D. (2023). Nontraumatic Subarachnoid Hemorrhage and Ruptured Intracranial Aneurysm: Recognition and Evaluation. *American family physician*, *108*(4), 386–395. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=37843947&lang=pt-pt&site=ehost-live

Karina, A., Tanaka, R., & Galvan, C. (2021). *PACIENTES EM USO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA E MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA*.

Kvande, M. E., Angel, S., & Højager Nielsen, A. (2022). Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nursing Ethics*, *29*(2), 498–510. https://doi.org/10.1177/09697330211050998

Lei 48/90, de 24 de Agosto. Estabelece a lei de bases da saúde., Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24 (1990).

Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16, páginas 3728 - 3730 (2012). https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607-116056308

Lima, M. L. S., Ribeiro, K. R. A., Gonçalves, F. A. F., Borges, M. M., & Guimarães, N. N. (2019). Service of nursing in intracranial pressure monitoring in patients neurocríticos / Assistência de enfermagem na monitorização da pressão intracraniana em pacientes neurocríticos. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, *11*(1), Artigo 1. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.255-262

Livesay, S., McNett, M., Censullo, J., Censullo, Joan, Firikh, Abed, Mulkey, Malissa, McNett, Molly, Livesay, Sarah, & Ovando, Renee. (2018). *Nursing Care of the Patient with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage.AANN Clinical Practice Guideline Series.* https://aann.org/uploads/Publications/CPGs/Nursing_Care_Patient_Aneurysmal_CPG_SAH_final2.pdf

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*.

Luedy, A., Ribeiro de Sousa, A., Luz Sacramento, B. I., & Motta Muricy, S. (2011). Estratégias para prevenir erros na administração de medicações de alta vigilância. *Revista Acreditação: ACRED*, *1*(2), 93–110. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626536

MacDonald, E. (1989). Aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, *21*(5), 313–321. https://doi.org/10.1097/01376517-198910000-00008

Macedo, M. P., Silva, S. A. M. da, Oliveira, A. P. de F., & Santos, V. S. (2019). Avaliação da dor em pacientes críticos por meio da Escala Comportamental de Dor. *BrJP*, *2*, 112–116. https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190021

Maldonado, J. R. (2017). Acute Brain Failure. *Critical Care Clinics*, *33*(3), 461–519. https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.013

Marcelo, I. de J. G. B., & Santiago, M. D. dos S. (2022). O ruído no contexto dos cuidados intensivos: Contributo para a segurança e qualidade dos cuidados - estudo descritivo. *Servir*, *02*, Artigo 02. https://doi.org/10.48492/servir0202.25906

Mariz, J., Pires, O., Lopes, A., Bessa, J., Correia, L., Morgado, P., Teixeira, J., Sousa, N., & Santos, N. C. (2022). A Escala Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit: Estudo de Validação numa Grande Coorte no Serviço de Urgência de um Hospital Terciário. *Medicina Interna*, *29*(3), Artigo 3. https://doi.org/10.24950/rspmi.682

Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(6), 1075. https://doi.org/10.3390/healthcare10061075

Meitar, D., & Karnieli-Miller, O. (2022). Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using S-P-w-ICE-S – A revised version of the SPIKES protocol. *Medical Teacher*, *44*(10), 1087–1091. https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1928618

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico- Cirurgica. (2015). *Parecer N.º 20/2015: Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa dos Serviços de Urgência*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf

Ministério da Saúde. (2002). Despacho Normativo n.º 11/2002. *Diário da Republica*. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420

Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação Nacional da Situação das Unidades de Cuidados Intensivos*. https://www.sns.gov.pt/wp-

content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf

Ministério da Saúde. (2014, agosto 11). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014 20673*. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457

Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação-Medicina Intensiva*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf

Monteiro, E., Ferreira, A., Mendes, E. R., Silva, S. R. E., Maia, I., Dias, C. C., Czosnyka, M., Paiva, J. A., & Dias, C. (2023). Abordagem de cuidados neurocríticos apoiada por monitorização cerebral multimodal após lesão cerebral aguda. *Critical Care Science, 35*(2). https://doi.org/10.5935/2965-2774.20230036-pt

Murugiah, U. R., Ramoo, V., Jamaluddin, M. F. H., Yahya, A., Baharudin, A. A., Abu, H., & Thinagaran, R. R. R. (2021). Knowledge acquisition and retention among nurses after an educational intervention on endotracheal cuff pressure. *Nursing in Critical Care, 26*(5), 363–371. https://doi.org/10.1111/nicc.12600

Nobre, P. (2016). *A PESSOA COM AVC SUBMETIDA A FIBRINÓLISE - ESTUDO RETROSPETIVO DO ANO 2014* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. https://www.rcaap.pt/detail.jsp?oai:repositorio.esenfc.pt:5623

Nosiadek, E., Kaniab, E., & Wysz, A. (2023). Rola Pielęgniarki W Opiece Nad Pacjentem Po Krwawieniu Podpajęczynówkowym. *Polish Nursing / Pielegniarstwo Polskie, 87*(1), 26–31. https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.3

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas na investigação académica em enfermagem*. https://www.academia.edu/4064758/Considera%C3%A7%C3%B5es_%C3%A9ticas_na_investiga%C3%A7%C3%A3o_acad%C3%A9mica_em_enfermagem

Oliveira, C., Garnacho Martins Nobre, C. F., Dourado Marques, R. M., Madureira Lebre Mendes, M. M., & Pontífice Sousa, P. C. (2022). O papel do enfermeiro na prevenção

do delirium no paciente adulto/idoso crítico: Revista Cuidarte. *Revista Cuidarte*, *13*(2), 1–16. https://doi.org/10.15649/cuidarte.1983

Oliveira, I. R., & Rodrigues, L. M. S. (2017). Tipos de liderança adotados pelo enfermeiro no âmbito hospitalar. *Revista Pró-UniverSUS*, *8*(2), 15–20. https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/692

Oliveira, M. C. D. S., Lourenço, B. D. S., Silva, J. R. L. D., Silva, E. A. R. D., Botelho, A. C., Silva, M. C. M. P. D., & Santos, J. G. D. (2021). A HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE E AS CONDUTAS DO ENFERMEIRO DE ALTA COMPLEXIDADE. *Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, *V13N2*, 1. https://doi.org/10.36692/v13n2-14R

Olson, D. M., & Ortega-Pérez, S. (2019). The Cue-Response Theory and Nursing Care of the Patient With Acquired Brain Injury: Journal of Neuroscience Nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, *51*(1), 43–47. https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000426

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *CodigoDeontologico. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 361/2015—Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2.ª série N.º 123*.

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA- Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 1–24.

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer_10_2017_MCEEMC_DIFERENCIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM RELAÇÃO AO ENFERMEIRO GENERALISTA, NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Parecer-nº15/2018: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). 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, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019—Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série N.º 123*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019-Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, páginas 128 - 155*.

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Oliveira, A. (2023). *Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. Capítulo 3—Gestão nas Organizações de Saúde (Volume 2)* (pp. 147–193).

Patil, S. J., Ambulkar, R., & Kulkarni, A. P. (2023). Patient Safety in Intensive Care Unit: What can We Do Better? *Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, *27*(3), 163–165. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24415

Peacock, S. H., & Tomlinson, A. D. (2018). Multimodal Neuromonitoring in Neurocritical Care. *AACN Advanced Critical Care*, *29*(2), 183–194. https://doi.org/10.4037/aacnacc2018632

Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação de más notícias: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE online*, *7*(1), Artigo 1. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i1a10226p227-235-2013

Perim, L., Ventura, J., Corrêa, L., Minasi, A., Neutzling Brum, A., & Scarton, J. (2022). O gerenciamento de conflitos da equipe de enfermagem, uma reflexão acerca da atuação do Enfermeiro. *Conjecturas*, *22*, 208–220. https://doi.org/10.53660/CONJ-1766-2K02B

Pires, V. (2020). *«Apenas falar, não é comunicar»—A comunicação do enfermeiro com a família/pessoa em situação crítica no SU* [masterThesis]. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33518

Pishgooie, A.-H., Barkhordari-Sharifabad, M., Atashzadeh-Shoorideh, F., & Falcó-Pegueroles, A. (2019). Ethical conflict among nurses working in the intensive care units. *Nursing Ethics*, *26*(7–8), 2225–2238. https://doi.org/10.1177/0969733018796686

Preece, A., & Young, S. (2021). Caring for Patients with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: Nursing Perspectives from the United Kingdom. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *33*(1), 47–59. https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.10.003

Radaelli, C., Costa, A. E. K. da, & Pissaia, L. F. (2019). O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, *8*(6), 01–16. https://www.redalyc.org/journal/5606/560662197037/html/

Rafiq, N., Arthur, D., Rahim, S., Amarsi, Y., & Ndirangu, E. (2021). Nurses' perceptions about the dignity of intubated patients. *Nursing Ethics*, *28*(6), 980–995. https://doi.org/10.1177/0969733020985268

Ramos, O., Oliveira, R., Sá, J., Augusto, C., & Gomes, M. J. (2023). Influence of clinical leadership in nursing on the quality and safety of care: Scoping review protocol. *RevSALUS - Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, *5*. https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i2.494

Rank, W. (2013). Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: Follow the guidelines. *Nursing*, *43*(5), 42–50; quiz 50–52. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000428692.56721.36

Rieg, A. D., Coburn, M., Schälte, G., Rossaint, R., Schubert, G. A., Marx, G., & Schulze-Steinen, H. (2017). Aneurysmal subarachnoid haemorrhage: Update part I; [Die aneurysmatisch bedingte Subarachnoidalblutung: Update]. *Anasthesiologie und Intensivmedizin*, *58*(9), 481–494. https://doi.org/10.19224/ai2017.481

Rocha, C. C. P., & Branco, M. A. R. D. V. (2022). Caracterização do fluxo ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar. *Servir*, *N.º 03*, e27555 Páginas. https://doi.org/10.48492/SERVIR0203.27555

Royal College of Nursing. (2014, agosto 14). *Specialist nurses make a difference | Royal College of Nursing*. The Royal College of Nursing; The Royal College of Nursing. https://www.rcn.org.uk/About-us/Our-Influencing-work/Policy-briefings/pol-1409

Sá, F., & Velez, M. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, *V Série*(Nº 8), e21007. https://doi.org/10.12707/RV21007

Sakamoto, V. T. M., Vieira, T. W., Viegas, K., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2021). Nursing assistance in patient care with external ventricular drain: A scoping review. *Rev Bras Enferm*, *74*(2), 20190796.

Sanaie, S., Rahmani, F., Chokhachian, S., Mahmoodpoor, A., Panahi, J. R., Esfanjani, R. M., Mirzaei, M., & Soleimanpour, H. (2019). Comparison of tracheal tube cuff pressure with two technique: Fixed volume and minimal leak test techniques. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Research*, *11*(1), Artigo 1. https://doi.org/10.15171/jcvtr.2019.08

Sanches, R. de C. N., Gerhardt, P. C., Rêgo, A. da S., Carreira, L., Pupulim, J. S. L., & Radovanovic, C. A. T. (2016). Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery*, *20*, 48–54. https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160007

Santos, C. dos, Nascimento, E. R. P. do, Hermida, P. M. V., Silva, T. G. da, Galetto, S. G. da S., Silva, N. J. C. da, & Salum, N. C. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar[a]. *Escola Anna Nery*, *24*, e20190300. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300

Scanlon, A. (2004a). Aneurysmal subarachnoid haemorrhage--part 1: Pre-operative nursing management diagnosis, complications and treatment: a composite case study. *Contemporary Nurse*, *17*(1–2), 80–88. https://doi.org/10.5172/conu.17.1-2.80

Scanlon, A. (2004b). Aneurysmal subarachnoid haemorrhage–Part 2: Post-operative nursing management diagnosis, complications and treatment: A composite case study. *Contemporary nurse : a journal for the Australian nursing profession*, *17*(3), 274–281. https://doi.org/10.5172/conu.17.3.274

Scanlon, A. (2004c). Aneurysmal subarachnoid haemorrhage--Part 2: Post-operative nursing management diagnosis, complications and treatment: a composite case study. *Contemporary Nurse*, *17*(3), 274–281. https://doi.org/10.5172/conu.17.3.274

Silva, M., Bezerra, M., Alves, F., Rodrigues, N., Herculano, S., Kazahaya, L., Silva, A., Oliveira, I., Nunes, E., & Moura Martins, T. (2022). O PAPEL DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, *3*, e3122469. https://doi.org/10.47820/recima21.v3i12.2469

Slazinkski, T., Anderson, T., Cattell, E., Eigsti, J., & Heimsoth, S. (2011). Care of the Patient Undergoing Intracranial Pressure Monitoring / External Ventricular Drainage or Lumbar Drainage. *AANN Clinical Practice Guideline Series*, 1–38.

Sobrinho, A., Bernardo, J., Alexandre, A., Oliveira, V., & Leite-Salgueiro, C. (2018). Liderança do Enfermeiro: Reflexões sobre o papel do Enfermeiro no Contexto

Hospitalar. *Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA*, *12*, 693–710. https://doi.org/10.14295/idonline.v12i41.1238

Sousa, K. H. J. F., Damasceno, C. K. C. S., Almeida, C. A. P. L., Magalhães, J. M., & Ferreira, M. de A. (2019). Humanização nos serviços de urgência e emergência: Contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *40*, e20180263. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263

Souza, R. C. da S., Bersaneti, M. D. R., Siqueira, E. M. P., Meira, L., Brumatti, D. L., & Prado, N. R. de O. (2017). Capacitação de enfermeiros na utilização de um instrumento de avaliação de delirium. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *38*, e64484. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64484

Strapasson, M. R., & Medeiros, C. R. G. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *62*, 228–233. https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200009

Teixeira, J. M. F., & Durão, M. C. (2016). *Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: Uma revisão integrativa da literatura*. http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026

TMA, T. A., Coimbra, N., & Santos, N. (2021). *Enfermagem Urgência e Emergência*.

Tsegaye, D., Yazew, A., Gedfew, M., Yilak, G., & Yalew, Z. M. (2023). Non-Pharmacological Pain Management Practice and Associated Factors Among Nurses Working at Comprehensive Specialized Hospitals. *SAGE Open Nursing*, *9*. https://doi.org/10.1177/23779608231158979

Velasco Bueno, J. M., & La Calle, G. H. (2020). Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Critical care nursing clinics of North America*, *32*(2), 135–147. https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.02.001

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review/ Working methods of nurses in hospitals: scoping review/ Métodos de trabajo de las enfermeras en los hospitales: scoping review. *Journal Health NPEPS*, *6*(2), Artigo 2. https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480

Vieira, T. W., Sakamoto, V. T. M., Araujo, B. R., Pai, D. D., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2022). External Ventricular Drains: Development and Evaluation of a Nursing Clinical Practice Guideline. *Nursing Reports*, *12*(4), 933–944. https://doi.org/10.3390/nursrep12040090

Wuchner, S. S., Bakas, T., Adams, G., Buelow, J., & Cohn, J. (2012). Nursing interventions and assessments for aneurysmal subarachnoid hemorrhage patients: A mixed methods study involving practicing nurses. *Journal of Neuroscience Nursing*, *44*(4), 177–187. https://doi.org/10.1097/jnn.0b013e318252763f

ANEXOS

ANEXO I: DECLARAÇÃO PRESENÇA 1ª REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR VIA VERDE AVC

DECLARAÇÃO

Declara-se para efeitos curriculares, que a Enfermeira Nisa Maria Esteves Carvalho, com o número mecanográfico 2868, esteve presente no dia 30 de Outubro de 2023 na 1ª reunião Multidisciplinar **VIA VERDE AVC** organizada pelo Grupo de Trabalho Via Verde AVC com a duração de 4h.

Programa:

- Via verde AVC
- Protocolo de atuação na Via Verde AVC no Serviço de urgência
- Cuidados de Enfermagem ao doente na Unidade de AVC
- Intervenção Neurorradiológica no AVC Agudo
- Rede Via Verde AVC na Região Centro

Coimbra 3 de Julho 2024

A Enfª Gestora

APÊNDICES

APÊNDICE I: PROCEDIMENTO ESPECÍFICO SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA (DVE)

Serviço Medicina Intensiva

ELABORAÇÃO: Nisa Maria Esteves Carvalho (3.º Curso Mestrado Enfermagem Médico Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica da ESSNorteCVP)		**APROVAÇÃO:** Nome das pessoas que aprovam o documento
VERIFICAÇÃO DO CONTEÚDO: Nome das pessoas que verificam o documento	**VERIFICAÇÃO DA ESTRUTURA:**	**DATA DE APROVAÇÃO:** Data de aprovação
PRÓXIMA REVISÃO: Data da próxima revisão		

OBJECTIVO

- Descrever o processo fisiológico do Sistema Ventricular
- Descrever intervenções de Enfermagem na manipulação e manutenção da DVE
- Instituir medidas barreira para prevenir e controlar a infeção associada a DVE

APLICABILIDADE

Todos os enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva

SIGLAS, ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS e DEFINIÇÕES

DVE- Drenagem Ventricular Externa

HIC- Hipertensão Intracraniana

LCR- Liquido Cefalorraquidiano

PIC- Pressão Intracraniana

PPC – Pressão Perfusão Cerebral

DESCRIÇÃO

A drenagem ventricular externa (DVE) é uma tecnologia frequentemente utilizada em pessoas submetidas a procedimentos neurocirúrgicos, sendo indicada como tratamento principalmente em casos de hidrocefalia e hipertensão intracraniana (HIC) secundária a hemorragias intracranianas, traumatismo craniano e infeções afetando o sistema nervoso central (Vieira et al., 2022). Este dispositivo clínico é frequentemente usado em ambiente de

cuidados intensivos, pelo que os enfermeiros desempenham um papel essencial no cuidado seguro e as guidelines são importantes ferramentas na implementação de cuidados baseados na melhor evidência disponível (Vieira et al., 2022)(Vieira et al., 2022).

Nas unidades de cuidados intensivos dedicadas a doentes do foro neurocrítico, a DVE tem dois propósitos, diagnóstico e terapêutico, porque permite a avaliação da pressão intracraniana (PIC) e a drenagem LCR. (Sakamoto et al., 2021).

A derivação ventricular externa é um dispositivo considerado padrão ouro para monitorização e avaliação constante e fidedigna da PIC e da Pressão Perfusão Cerebral (PPC).

Sistema Ventricular e LCR

LCR - é um fluido aquoso e incolor, contendo uma pequena quantidade de proteínas que ocupa o espaço subaracnoideu e as cavidades ventriculares. Fornece flutuabilidade e proteção ao cérebro. Regula a concentração química de neurotransmissores e resíduos metabólicos.

Pressão -5 -20 cm H2O

Produção - O LCR é **produzido** nos plexos coroideus. Aproximadamente 500–600 ml de LCR são produzidos diariamente; cerca de 125–150 ml circulam no sistema ventricular e no espaço subaracnóideo de uma só vez; e o restante é reabsorvido.

Circulação - deixa as cavidades encefálicas através dos foramens laterais e mediano para circular no espaço subaracnoideu da medula espinhal e encefálico, passando para o sangue venoso

Absorção – no sangue venoso do seio sagital, pelas vilosidades aracnóideias ou granulações aracnóideias.

(Slazinkski et al., 2011)

PIC - Pressão intracraniana (PIC) é aquela encontrada no interior da caixa craniana, tendo como referência a pressão atmosférica. A PIC tem uma variação fisiológica de 5 a 15 mmHg e reflete a relação entre o conteúdo da caixa craniana (cérebro, líquido cefalorraquidiano e sangue) e o volume do crânio. A alteração do volume de um desses componentes pode causar a hipertensão intracraniana (HIC). O valor normal da PIC é de até 15 mmHg e, de maneira geral, as medidas terapêuticas são iniciadas quando a pressão ultrapassa 15-20 mmHg de forma sustentada.

(Karina et al., 2021)

Principais intervenções de enfermagem à pessoa adulta submetida a drenagem ventricular externa

Categoria	Intervenção	Justificação
Posicionamento da pessoa	Ângulo de cabeceira a 30º	O ângulo da cabeceira a 30º em consonância ao nível do sistema garantindo o funcionamento adequado e a confiabilidade da monitorização
	Manter cabeça em posição neutra alinhada à cervical	O intuito é facilitar o retorno venoso, diminuindo a PIC sem interferir no sistema de drenagem da DVE
	Reposicionamento no "ponto zero"	A revisão do sistema deve ser realizada a fim de evitar qualquer alteração na pressão de drenagem. Por exemplo, se o transdutor estiver acima do Forame de Monro, uma falsa PIC será registrada, bem como uma drenagem insuficiente de líquor, havendo HIC desapercebida podendo ocasionar colapso ventricular ou hematoma subdural
Posicionamento do Sistema de drenagem da DVE	Altura do nível de drenagem	Posicionamento do **0** do sistema de drenagem a nível do meato acústico externo (Forame de Monro). O nível de contrapressão é prescrito pelo neurocirurgião, geralmente entre 10 e 20 cmH2O. Isso significa que se estiver em 10 cmH2O, a DVE está a 10 cm do Forame e, para drenar o líquor, a pressão dos ventrículos deve ser de pelo menos 10 cmH2O
	Clampe do sistema	O clampe do sistema DVE é seguro quando a Pressão Intracraniana (PIC) é inferior a 20 mmHg, e a pressão de perfusão cerebral se mantém entre 60 e 70 mmHg. O sistema pode ser clampado pelo menor período possível considerado tempo suficiente **para realização de transportes intra-hospitalares, exames e alterações no posicionamento da pessoa**, sendo depois desclampado e todo o sistema verificado.
Tratamento da ferida cirúrgica (local inserção dreno)	Periodicidade da avaliação do penso	Verificar a aparência do penso a cada 6 horas, se há humidade indicativa perdas de LCR pelo local inserção DVE
	Se penso de gaze	O tratamento deve ser realizado com soro fisiológico 0,9% e clorohexidina alcoólica 0.5% a cada 24 horas ou quando necessário registrando o aspeto da inserção e vigiar o nível de inserção do dreno à pele.
	Se penso de filme transparente e impermeável	O tratamento deve ser realizado semanalmente ou quando necessário, seja por repasse, ou descolado, a fim de minimizar o contato direto do cateter com o meio externo.
Cuidados com o saco de drenagem e o Cateter da DVE	Técnica asséptica para manipulação	Manipular mínimo possível a fim de prevenir infeção e sempre com técnica asséptica.
	Capacidade limite para drenar o conteúdo do saco	Esvaziar sempre quando atingir 2/3 ou ¾ capacidade de volume, visto que, quando muito cheia, pode ficar pesada podendo alterar ou até interromper o funcionamento do sistema de drenagem de líquor.
	Sinais de obstrução do cateter	É importante observar se o fluxo de conta gotas do sistema está bem posicionado. Se houver mínima ou nenhuma drenagem, o sistema deve ser verificado quanto a obstruções ou algum clampe, visto que a redução da drenagem pode ocasionar o remodelamento da hidrocefalia ou indicar outras possíveis complicações.
	Em casos de tração do cateter	Não tentar reposicionar nem mesmo aspirar ou administrar soluções quando estiver obstruído. Comunicar à equipa de neurocirurgia sempre que houver quaisquer alterações, devido ao alto risco de infeção e complicações

	Transporte intra-hospitalar	Mensurar e esvaziar o volume presente no tambor, para evitar refluxo e humidade do filtro Fechar todos os clamps e verificar se a drenagem parou; Fechar filtro do saco coletor; O sistema só deverá ser aberto após correto posicionamento; Se PIC sustentada acima de 20 mmHg, comunicar equipa neurocirúrgica antes de fechar o sistema.
Cuidados com o LCR	Fluxo de drenagem de líquor	O fluxo de drenagem varia de acordo com a altura do sistema em relação ao ponto zero e costuma se manter entre 5 e 10 ml/h ou, em alguns casos, até 15 ml/h. Deve-se registrar o volume do líquor drenado em ml a cada turno calculando o total de 24 horas.
	Características do líquor drenado	A equipa de enfermagem deve estar atenta para quaisquer alterações na coloração do líquor drenado. Se houver sangue no líquor, pode ser indicativo de hemorragia cerebral ou se aspeto turvo ou com sedimentos, pode indicar processo infecioso. Comunicar sempre à equipa de neurocirurgia sempre que for identificada alguma coloração atípica do líquor
Colheita de LCR	Periodicidade da colheita de líquor	A colheita de LCR deve ser realizada somente quando houver suspeita de infeção. A colheita por rotina de LCR não é recomendada. Clorexidina alcoólica a 0,5% é recomendada para desinfetar no local da colheita.
	Local de colheita de líquor	É recomendado que a colheita seja realizada na parte proximal do sistema, pois minimiza o risco de infeção sistema e pode trazer um diagnóstico mais preciso, além de ser considerada segura e fácil para a colheita. Evitar a colheita do saco de drenagem devido à rápida degradação dos componentes do líquor. Ressalta-se, ainda, que esse procedimento é realizado pela equipa de neurocirurgia.
Mobilização da Pessoa com DVE	Mobilização precoce	Considera-se a mobilização precoce como uma alternativa viável e segura quando a pessoa estiver estável e quando em condições clínicas favoráveis (PAM>80 mmHg e PIC<20 mmHg).

DOCUMENTOS CONSULTADOS

Karina, A., Tanaka, R., & Galvan, C. (2021). *PACIENTES EM USO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA E MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA*.

Sakamoto, V. T. M., Vieira, T. W., Viegas, K., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2021). Nursing assistance in patient care with external ventricular drain: a scoping review. *Rev Bras Enferm*, *74*(2), 20190796. http://dx.

Slazinkski, T., Anderson, T., Cattell, E., Eigsti, J., & Heimsoth, S. (2011). Care of the Patient Undergoing Intracranial Pressure Monitoring / External Ventricular Drainage or Lumbar Drainage. *AANN Clinical Practice Guideline Series*, 1–38. www.AANN.org

Vieira, T. W., Sakamoto, V. T. M., Araujo, B. R., Pai, D. D., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2022). External Ventricular Drains: Development and Evaluation of a Nursing Clinical Practice Guideline. *Nursing Reports*, *12*(4), 933–944. https://doi.org/10.3390/nursrep12040090

APÊNDICE II: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTICIAS-GUIA ORIENTADOR

COMUNICAÇÃO MÁS NOTICIAS
Guia Orientador

Serviço Medicina Intensiva

<table>
<tr><td colspan="2">ELABORAÇÃO: Nisa Maria Esteves Carvalho (3.º Curso Mestrado Enfermagem Médico Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica da ESSNorteCVP)</td><td rowspan="3">APROVAÇÃO:

Nome das pessoas que aprovam o documento

DATA DE APROVAÇÃO:

Data de aprovação</td></tr>
<tr><td>VERIFICAÇÃO DO CONTEÚDO:

Nome das pessoas que verificam o documento</td><td>VERIFICAÇÃO DA ESTRUTURA:</td></tr>
<tr><td colspan="2">PRÓXIMA REVISÃO: Data da próxima revisão</td></tr>
</table>

OBJECTIVO

- Fornecer estrutura e orientação na comunicação de más notícias à pessoa/família em situação crítica de forma inteligível, de acordo com as necessidades e desejos da pessoa/família/convivente(s) significativo(s)(protocolo SPIKES);
- Promover o processo comunicacional para que seja o mais eficiente possível utilizando competências comunicacionais apropriadas que reduzam o impacto emocional provocado pela má notícia.

APLICABILIDADE

É aplicável a todos os enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva

MATERIAL

- Roteiro de entrevista baseada na comunicação empática (Protocolo SPIKES);
- Se possível, espaço/sala privativa para a comunicação, de forma a garantir o sigilo e o respeito que o momento exige, livre de possíveis interrupções;
- Computador;
- Processo da pessoa;
- Lápis e papel, se necessário
- Crachá de identificação profissional.

DESCRIÇÃO

Segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Pessoas, consagrada na Lei de Bases da Saúde (Lei n° 48/90, de 24 de Agosto), as pessoas têm direito à informação sobre a situação da sua saúde: "esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas da pessoa. Refere ainda que o tem direito a não querer ser informado do seu estado de saúde (...) devendo esta vontade ser inequivocamente expressa e indicar, caso o entenda quem deverá ser informado em seu lugar".

Transmitir uma má notícia é uma das intervenções mais complexas em que o profissional de saúde enfrenta no dia-a-dia, tanto pela gravidade da situação da pessoa/família, assim como pelos aspetos éticos inerentes à situação. É uma atividade que precisa de ser bem executada para evitar efeitos prejudiciais para a pessoa, a sua família e também pelo futuro relacionamento com os profissionais de saúde (Pereira et al., 2013). Em 1994, Buckman criou um protocolo de ação para a transmissão de más notícias. Este protocolo descreve considerações importantes para ajudar a aliviar a angústia, tanto para as pessoas que recebem a notícia, como para os profissionais de saúde que a compartilham. Nesse sentido, é pertinente realçar o protocolo de Buckman, que pretende ser um apoio para profissionais de saúde no seu contato com os pessoas e familiares para a transmissão de informação sensível, nomeadamente transmissão de más notícias (Baile et al., 2000). No sentido de minimizar o impacto inicial da notícia foi elaborado um protocolo sequencial denominando-o de protocolo de más notícias, mais tarde reportado pelo acrónimo SPIKES, correspondendo cada letra a uma etapa do protocolo:

Mnemónica	Etapa	Objetivo
S	**Setting**	Preparação e escolha do local mais adequado (Etapa 1)
P	**Perception**	Perceber o que o recetor da má notícia (já) sabe (Etapa 2)
I	**Invitation**	Perceber o que o recetor da má notícia quer saber (Etapa 3)
K	**Knowledge**	Compartilhar a informação (Etapa 4)

E	**Emotions**	Responder às emoções e às perguntas do recetor da má notícia de forma empática (Etapa 5)
S	**Strategy and Summary**	Planear o futuro e sintetizar a discussão (Etapa 6)

Orientações para a operacionalização de cada uma das etapas do protocolo SPIKES

Etapa 1 – Setting, postura do profissional e preparação do contexto.

A etapa inicial envolve a organização e a seleção de um lugar apropriado. O espaço deve ser reservado, e é fundamental preparar a mensagem que será compartilhada com a pessoa.

- Preparação e escolha de ambiente adequado: será necessário definir o contexto em que as más notícias serão comunicadas, optando por lugares privados, tranquilos e livres de interrupções.
- Importante proporcionar conforto e privacidade aos envolvidos;
- Considerar a presença de outras pessoas: Avaliar se a pessoa quer a presença de mais alguém;
- Revisão da informação clínica: A informação clínica a partilhar deve ser revista e o profissional de saúde deve preparar-se para reações emocionais para além de possíveis questões a serem levantadas.

Etapa 2 – Perception, perceção da pessoa

A segunda etapa envolve a investigação do que a pessoa já sabe e quais informações foram transmitidas por outros profissionais de saúde.

- O profissional de saúde deve avaliar o nível de compreensão e perceção da pessoa/família/convivente(s) significativo(s) sobre a situação de saúde, antes de fornecer qualquer informação.
- Antes de informar, o profissional deve fazer perguntas abertas (“Já alguém falou convosco?”, “O que sabem da situação clínica?”).
- Com base nas respostas, o profissional pode corrigir equívocos, adaptar as informações ao conhecimento já existente e avaliar o grau de aceitação da situação por parte dos envolvidos.

- Este também é um momento em que o profissional de saúde pode identificar se a pessoa está em estado de negação sobre sua condição de saúde.

Etapa 3 – Invitation, troca de informação.

Na terceira etapa, o objetivo é entender o nível de interesse da pessoa/família em ser informada sobre sua condição ou problema.

- Perceber até que ponto a pessoa quer ter conhecimento da sua situação/ problema, considerando aspectos como o seu comportamento usual em discussões sobre a própria saúde.
- Compreender se a pessoa quer ser informado ou não, respeitando relutância ou recusa em receber informações. Este é um passo fundamental, pois quando há um pedido claro da pessoa para ser informada, a comunicação pode fluir de forma mais natural e eficaz.
- Questões-chave: "Gostaria de ser informado de todas as informações sobre a situação de saúde?"; "O que pretende saber?"; "O que é importante falar hoje?", "De tudo o que lhe foi transmitido o que pretende clarificar?"; "Gostaria de ver clarificado algum aspeto em particular?"; "Existem dúvidas?");

Etapa 4 - Knowledge, conhecimento. Fornecer a informação e educar

Na quarta etapa, dá-se a notícia. A comunicação da notícia deve ser feita de forma cuidadosa e gradual. Deve-se começar com frases de preparação e verificar a reação imediata da pessoa e, em seguida, fornecer-lhe a informação em pequenas parcelas.

- Adaptar a linguagem ao nível de literacia da pessoa/família/convivente(s) significativo(s), de forma que seja acessível e compreensível para todos os envolvidos, evitando o uso excessivo de termos técnicos que possam gerar confusão. Se for necessário usar algum termo técnico, deve-se explicá-lo de maneira simples e clara.
- A transmissão da informação deve ocorrer de forma fracionada, ou seja, em pequenos blocos, para permitir que a pessoa/família ou conviventes significativos possam processar o que está a ser comunicado. É importante dar tempo para que assimilem cada parte da notícia, evitando sobrecarregar com informações de uma só vez.

- As expressões inoportunas são desaconselhadas (e.g., de momento não temos mais nada para oferecer), pois os objetivos terapêuticos são individuais e únicos (e.g., o alívio e controlo de sintomatologia pode ser um objetivo e passível de ser realizado).
- Ter em atenção a comunicação verbal (i.e., palavras, entoação de voz e ritmo do discurso) e não-verbal (i.e., movimento dos olhos, expressão facial, linguagem corporal).
- Deve ser dado disponibilidade para escutar, para que a informação seja assimilada antes de se colocar novas questões.

Etapa 5 – Explore emotions, responder às emoções da pessoa com empatia.

Na quinta etapa, deve-se lidar com as emoções e perguntas da pessoa, de maneira empática e aberta.

- Necessário dar tempo para que a pessoa/família/convivente(s) significativo(s) expresse as suas emoções, e só depois continuar a conversa.
- Se a pessoa permanecer em silêncio após receber a notícia, é importante usar perguntas abertas para tentar compreender o que ela está a pensar ou sentir.
- É igualmente importante identificar se a emoção manifestada está diretamente relacionada à notícia dada. Para isso, o profissional de saúde pode fazer perguntas como: "Essa sensação está ligada ao que acabei de dizer?" ou "O que especificamente mais a preocupa nesse momento?" Isso ajuda a compreender melhor o impacto da informação.
- Por último, e depois de dar tempo à pessoa/família/convivente(s) significativo(s) para expressar os seus sentimentos, deixá-lo entender que o profissional de saúde associou a emoção manifestada à informação transmitida.
- O profissional de saúde deve oferecer apoio, mostrando-se disponível para a pessoa para a sua família.

Etapa 6 – Strategy and sumary, estratégias e síntese.

A sexta etapa é o momento de propor um plano de acompanhamento e se encerra a entrevista.

- Nesta etapa, os profissionais de saúde devem fazer um resumo claro e conciso da informação transmitida, utilizando uma linguagem acessível para a pessoa, sua família ou conviventes significativos.

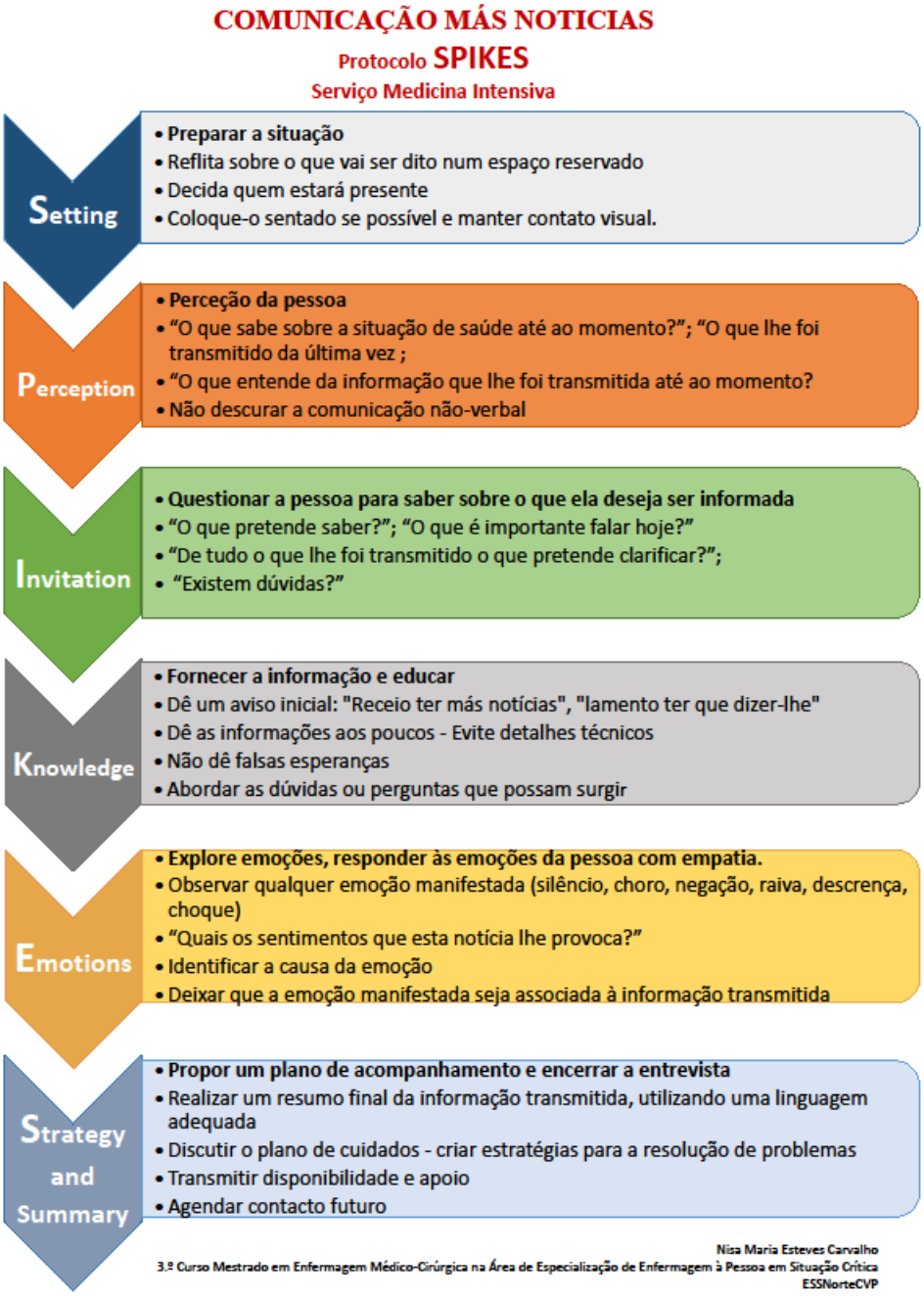
- Devem ser criadas estratégias para a resolução de problemas que a pessoa/família/convivente(s) significativo(s) possam expressar e assegurar a continuidade dos cuidados através da formulação de um plano de cuidados conjunto.
- Durante o discurso, poderão ser utilizadas frases como: "O que lhe dissemos faz sentido para si?"; "Está esclarecido sobre os próximos passos?"; "Possui informações suficientes para tomar a sua decisão?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95—Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, *1.ª série*(N.º 169), 55–66.

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, *5*(4), 302–311. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302

Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação de más notícias: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE online*, *7*(1), Artigo 1. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i1a10226p227-235-2013


COMUNICAÇÃO MÁS NOTICIAS
Protocolo SPIKES
Serviço Medicina Intensiva
Setting
• Preparar a situação
• Reflita sobre o que vai ser dito num espaço reservado
• Decida quem estará presente
• Coloque-o sentado se possível e manter contato visual.
Perception
• Perceção da pessoa
• "O que sabe sobre a situação de saúde até ao momento?"; "O que lhe foi transmitido da última vez ;
• "O que entende da informação que lhe foi transmitida até ao momento?
• Não descurar a comunicação não-verbal
Invitation
• Questionar a pessoa para saber sobre o que ela deseja ser informada
• "O que pretende saber?"; "O que é importante falar hoje?"
• "De tudo o que lhe foi transmitido o que pretende clarificar?";
• "Existem dúvidas?"
Knowledge
• Fornecer a informação e educar
• Dê um aviso inicial: "Receio ter más notícias", "lamento ter que dizer-lhe"
• Dê as informações aos poucos - Evite detalhes técnicos
• Não dê falsas esperanças
• Abordar as dúvidas ou perguntas que possam surgir
Emotions
• Explore emoções, responder às emoções da pessoa com empatia.
• Observar qualquer emoção manifestada (silêncio, choro, negação, raiva, descrença, choque)
• "Quais os sentimentos que esta notícia lhe provoca?"
• Identificar a causa da emoção
• Deixar que a emoção manifestada seja associada à informação transmitida
Strategy and Summary
• Propor um plano de acompanhamento e encerrar a entrevista
• Realizar um resumo final da informação transmitida, utilizando uma linguagem adequada
• Discutir o plano de cuidados - criar estratégias para a resolução de problemas
• Transmitir disponibilidade e apoio
• Agendar contacto futuro
Nisa Maria Esteves Carvalho
3.º Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
ESSNorteCVP

APÊNDICE III: TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Artigo	Autor/Titulo/Ano/ País	Objetivos	Métodos	Intervenções de Enfermagem	Resultados
1	MacDonald, E "Aneurysmal subarachnoid hemorrhage" (1989) Estados Unidos da América	Oferecer uma revisão e atualização descritiva sobre a hemorragia subaracnóidea aneurismática	Revisão Narrativa da literatura	Avaliação neurológica Monitorização parâmetros fisiológicos (Pressão Arterial, PIC, PVC, oxigenação arterial, sódio sérico) Promover ambiente calmo isento de estímulos Promover conforto Administração terapêutica analgésica Educação para a saúde à pessoa e família sobre a fisiopatologia da formação aneurismática e HSAa e exames complementares diagnóstico	As intervenções de enfermagem adequadas são essenciais para qualquer tratamento médico ou cirúrgico do aneurisma roto
2	Cook, H.A. "Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: neurosurgical frontiers and nursing challenges" (1991) Estados Unidos da América	Analisar a HSAa estabelecendo uma relação entre o tratamento das complicações e as estratégias de tratamento aceites	Revisão narrativa da literatura	Avaliação astuta do estado neurológico e hemodinâmico A frequência e a profundidade da avaliação neurológica dependem de diversas variáveis, incluindo o tempo desde a HSA, a localização do aneurisma e a extensão do sangue subaracnoídeo Inicialmente, a avaliação do estado neurológico pode ser feita a cada 30 a 60 minutos A hipertensão induzida também pode ser necessária para obter perfusão cerebral adequada.	As intervenções precoces e contínuas de monitorização neurológica e de sinais vitais são fundamentais para detectar alterações no estado da pessoa e prevenir complicações graves, como o vasoespasmo e a hidrocefalia. Essas medidas podem reduzir significativamente a mortalidade e a morbidade associadas à HSA.

				Os intervalos ideais para a pressão arterial são determinados de acordo com o estado neurológico O profissional astuto astuto determina a frequência e a abrangência da avaliação neurológica com base em um julgamento clínico sólido, fundamentado no conhecimento e na experiência Estabelecer correlações entre os parâmetros hemodinâmicos e o estado neurológico Fornecer apoio moral e educação para a saúde à pessoa e família Ambiente calmo, luzes apagadas Repouso leito Desencorajar a pessoa de tossir, espirrar, fazer esforço para evacuar Reduza estímulos externos (por exemplo, sem televisão, rádio, leitura) Limitar a visitas a familiares próximos/pessoas significativas Uso de laxantes suaves de fezes, Uso de analgésicos e outras medidas de conforto	
3	Campbell, P.J., Edwards, S.M.	Descrever o papel do enfermeiro na terapia hiperdinâmica no	Estudo de Caso Descritivo	Avaliação neurológica Monitorização sinais vitais, BH Monitorização cardiorrespiratória	Os enfermeiros desempenham um papel crucial na identificação

	"Hyperdynamic therapy: the nurse's role in the treatment of cerebral vasospasm" (1997) Estados Unidos da América	tratamento do vasoespasmo cerebral, com o objetivo de melhorar a compreensão e a prática do enfermeiro nesse contexto		Repouso leito Cabeceira 30º Ensinos pessoa e família Administração de analgésicos, antieméticos e bloqueadores canais de cálcio segundo prescrição Avaliação do estado nutricional Vigiar convulsões	precoce de alterações neurológicas em pessoas com risco de vasoespasmo cerebral, através de avaliações neurológicas frequentes. A detecção precoce de déficits neurológicos permite o início rápido de tratamentos como a terapia hiperdinâmica. Avaliações neurológicas e cardiopulmonares frequentes durante essa terapia são importantes para prevenir complicações sistêmicas e reduzir déficits neurológicos permanentes.
4	Scanlon, Andrew "Aneurysmal subarachnoid haemorrhage--part 1: Pre-operative nursing management diagnosis, complications and treatment: a composite case study" (2004) Austrália	Estudo de caso onde são abordadas as manifestações clínicas da HSAa, complicações associadas, bem como intervenções de enfermagem na gestão pré-operatória	Estudo de caso	Observações neurológicas frequentes (conforme protocolo individualizado) são realizadas para monitorizar de perto quaisquer alterações no estado neurológico. Avaliação neurológica e cardiovascular de hora em hora ou mesmo de meia em meia hora Reduzir estímulos ambientais,tais como quarto escuro, sem rádio ou televisão, visitas restritas e repouso absoluto na cama.	Pessoas que sobrevivem a uma HSAa enfrentam uma condição debilitante e com risco de vida. A monitorização meticulosa pós-HSAa é crucial para prevenir morbidade e mortalidade a longo prazo Os enfermeiros desempenham um papel essencial na detecção, prevenção e tratamento de

				Cuidados intestinais, como laxantes, são usados para diminuir o esforço que pode causar um aumento na pressão intratorácica e, portanto, aumento da PIC	complicações como ressangramento, vasoespasmo, hidrocefalia e convulsões
5	Scanlon, Andrew "Aneurysmal subarachnoid haemorrhage--Part 2: Post-operative nursing management diagnosis, complications and treatment: a composite case" study (2004) Austrália	Gestão de Enfermagem pós-operatória da pessoa com HSAa. O artigo visa fornecer informações para profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, envolvidos no cuidado a estas pessoas.	Estudo de caso	Avaliações neurológicas (ECG, PIC e DVE), cardiovasculares (PA, pulso, Pressão Venosa Central), respiratórias (frequência respiratória e saturação de oxigênio) e de dor (gravidade e posição) avaliadas, de meia em meia hora durante quatro horas, de hora em hora durante quatro horas, uma a duas horas durante a noite até a revisão pela equipa médica da Neurocirurgia. Monitorizar Temperatura a cada quatro horas Pressão arterial deve ser mantida em um nível hipertensivo (entre 140-180 mmHg sistólico	Monitorização pós-operatória é essencial para garantir uma resposta oportuna a quaisquer complicações, evitando assim maiores danos à pessoa, Intervenções de enfermagem garantem o bem-estar geral da pessoa durante a recuperação pós-operatória
6	Brettler, Sandra "Endovascular coiling for cerebral aneurysms" (2005) Estados Unidos da América	Fornecer uma revisão abrangente sobre a embolização endovascular de aneurismas cerebrais, a gestão pós-procedimento e as potenciais complicações	Revisão Narrativa da literatura	Intervenções pós procedimento de embolização; Repouso na cama Monitorização rigorosa e observação do estado neurológico Vigiar o local do procedimento Controlar hidratação e PA Controlo da anticoagulação Vigiar dor	Enfermeiros de prática avançada têm a oportunidade de causar impacto no cuidado da pessoa submetido à embolização endovascular por meio da educação da pessoa e da família, observando possíveis

		associadas. Além disso, o estudo busca destacar o papel dos enfermeiros especializados no cuidado de pessoas submetidas a este procedimento		Monitorização quanto a quaisquer sinais de sangramento, incluindo exsudação ou hematomas no local Vigiar cefaleia e comunicar ao médico qualquer alteração	complicações pós-procedimento fornecendo cuidados e suporte contínuos.
7	Hedlund, M., Ronne-Engstrom, E., Ekselius, L., Carlsson, M. "From monitoring physiological functions to using psychological strategies. Nurses' view of caring for the aneurysmal subarachnoid haemorrhage patient" (2008) Suécia	Descrever as opiniões dos enfermeiros sobre as necessidades físicas e de apoio das pessoas que sofreram HSAa. Descrever as opiniões dos enfermeiros sobre as mudanças nas circunstâncias sociais. Descrever as opiniões dosenfermeiras sobre as mudanças no estado mental das pessoas após HSAa	Pesquisa qualitativa descritiva exploratória. Realizadas entrevistas semiestruturadas com 18 enfermeiros em unidades de cuidados neurointensivos e de reabilitação	Monitorização de parâmetros fisiologicos, e implementação de estratégias psicológicas. Os enfermeiros descrevem a necessidade de oferecer suporte que varia do cuidado tecnológico avançado ao cuidado emocional. Ao longo do tratamento, há uma transição do cuidado intensivo tecnológico na unidade neurointensiva para um cuidado de reabilitação mais físico.	Os enfermeiros vêm o suporte à pessoa como um processo que envolve tanto a monitorização de funções neurológicas em cuidados neurointensivos quanto intervenções de cuidados físicos durante a reabilitação. O estudo também aponta para deficiências na comunicação entre enfermeiras de cuidados neurointensivos e de reabilitação
8	Bautista, Cynthia "Unresolved issues in the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage"	Abordar e discutir as implicações de enfermagem em questões ainda não resolvidas no tratamento da	Revisão Narrativa Literatura	Intervenções de enfermagem na gestão de administração de nimodipina, monitorização temperatura, monitorização da glicose, anemia, hiponatremia, convulsões,	Apesar dos avanços nas estratégias de tratamento, muitas práticas ainda são baseadas em fracas evidências e há uma necessidade contínua de

	(2012) Estados Unidos da América	hemorragia subaracnoide aneurismática, como o uso de medicamentos; o tipo de tratamento de aneurisma, a prevenção e tratamento de possíveis complicações		Tratamento profilático de TVP, Lesão Neurocardiogênica	pesquisas para resolver essas questões. Enfermeiros de cuidados críticos desempenham um papel vital na avaliação detalhada e nos cuidados complexos prestados para otimizar resultados das pessoas com HSAa. Pesquisas adicionais são necessárias para fornecer uma prática baseada em evidências para o tratamento clínico da pessoa com HSAa.
9	Wuchner, Staci Sue, Bakas, Tamilyn, Adams, Georgann, Buelow, Janice, Cohn, Jennifer "Nursing interventions and assessments for aneurysmal subarachnoid hemorrhage patients: A mixed methods study involving practicing nurses" (2012) Estados Unidos da América	Descrever as intervenções e avaliações de enfermagem ao cuidar da pessoa com HASa em contexto de cuidados intensivos	Estudo de métodos mistos .	Avaliações neurológicas detalhadas a cada 1-2 horas, incluindo escala de coma de Glasgow, pupilas, reflexos e movimentação Monitorizar continuamente parametros hemodinâmicos como pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio. Manter a euvolemia e induzir hipertensão para prevenir vasoespasmo Administrar nimodipina para reduzir o risco de dano isquémico tardio Providenciar profilaxia de convulsões com anticonvulsivantes	Os enfermeiros realizam intervenções e avaliações essenciais à pessoa com HSAa. As intervenções e avaliações identificadas neste estudo fornecem um guia útil para pesquisas futuras. Determinar quais intervenções e avaliações têm maior impacto nos resultados das pessoas com HSA é uma área que tem potencial para construir uma prática baseada em

				Controlar rigorosamente a glicemia e temperatura corporal Posicionar a pessoa a cada 2 horas para prevenir complicações Limitar estímulos como luz, ruído e visitas para manter um ambiente terapêutico Implementar precauções contra quedas e lesões Administrar analgésicos e sedativos conforme necessário Fornecer suporte nutricional adequado e prevenir complicações gastrointestinais Prover apoio emocional e educação à pessoa e família Comunicar-se efetivamente com a equipa multidisciplinar e família Colaborar com terapeutas e médicos no plano de cuidado	evidências no ambiente de cuidados intensivos
10	Rank, Wendi Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: Follow the guidelines (2013) Estados Unidos da América	Rever as diretrizes no tratamento da pessoa com hemorragia subaracnoideia aneurismática incluindo incidência, prevalência, tratamento e prevenção de complicações associadas à HASa.	Revisão das diretrizes	Monitorização contínua dos sinais vitais. Controlo rigoroso da pressão arterial. Administração de medicamentos conforme prescrição médica, incluindo agentes anti-hipertensivos, analgésicos e anticonvulsivantes. Avaliação e gestão da dor. Avaliação neurológica regular para detetar quaisquer alterações no estado	Os resultados demonstraram a importância da avaliação neurológica precisa e frequente, da monitorização rigorosa dos sinais vitais e da administração oportuna e correta de medicamentos. Além disso, destaca a necessidade de um cuidado

				mental ou sinais de deterioração neurológica. Monitorização e gestão de complicações potenciais, como hidrocefalia, vasoespasmo e convulsões. Educação da pessoa e da família sobre a condição, tratamento cuidados pós-alta. Promoção da segurança da pessoa, incluindo medidas para prevenir quedas e lesões. Apoio emocional e psicológico à pessoa e à família Coordenação do cuidado multidisciplinar com outros profissionais de saúde, incluindo médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais	holístico que inclua educação eficaz da pessoa e da família, bem como suporte emocional durante todo o processo de tratamento.
11	Bowles, Emma "Cerebral aneurysm and aneurysmal subarachnoid haemorrhage" (2014) Reino Unido	Aumentar o conhecimento sobre os aneurismas cerebrais, explorar o tratamento de aneurismas cerebrais rotos e não rotos, e considerar as intervenções e prioridades de enfermagem,	Revisão Narrativa da literatura	Intervenções pré-operatórios: Utilizar a abordagem ABCDE Monitorização da pressão arterial Avaliação do estado neurológico usando uma escala reconhecida, como a Escala de Coma de Glasgow Avaliação do tamanho da pupila e da reação à luz, e da força dos membros Relatar quaisquer alterações sutis no estado neurológico porque estes	As intervenções de enfermagem são vitais para detectar sintomas sutis, avaliar o estado neurológico, manusear drenos ventriculares externos e garantir o encaminhamento para reabilitação

		destacando a necessidade de avaliação neurológica, monitorização de complicações e cuidados pós operatórios.		podem ser indicadores precoces de complicações Os enfermeiros também devem ser competentes e confiantes no manuseamento de drenos ventriculares externos (DVE) *Hidratação* – avaliar se a condição a pessoa ou o plano de tratamento exigirão o uso de fluidos intravenosos Monitorização da glicemia Monitorização débito urinário Promover eliminação intestinal evitando esforços- Repouso na cama Alívio da dor Identificar alergias medicamentosas Evitar náuseas e vómitos Pós – operatório: Avaliação respiratória cardiovascular e neurológica regular Pontuação GCS, reação da pupila e força ou potência dos membros Feridas cirúrgicas precisam ser avaliadas regularmente quanto a sinais de exsudado e infeção Outras considerações: Profilaxia para trombose venosa profunda Estimulação externa mínima	

12	Grimm, Jason WAneurysmal "Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Potentially Lethal Neurological Disease" (2015) Estados Unidos da América	Revê a epidemiologia e os fatores de risco da HASa, seguido de uma visão geral da anatomia neurológica pertinente e da fisiopatologia. Também aborda uma discussão sobre as intervenções de enfermagem em emergência antes do tratamento do aneurisma	Revisão Narrativa da literatura	Os cuidados de enfermagem de emergência necessários a um doente com um aneurisma roto centram-se na estabilização imediata, na monitorização neurológica, no controlo da PIC e na otimização da perfusão cerebral e da hemodinâmica estabilização imediata: Monitorização neurológica, Controlo da PIC Otimização da perfusão cerebral e da hemodinâmica. O doente deverá ser submetido a um exame neurológico de base, incluindo a: Reatividade das pupilas, a função motora e a avaliação da sua pontuação na escala de coma de Glasgow. Este exame será seguido de avaliações subsequentes frequentes para monitorizar as deteriorações resultantes de nova hemorragia, hidrocefalia diminuição da perfusão cerebral. Os doentes podem estar em risco de aspiração, atelectasia e pneumonia, pelo que os sons respiratórios devem ser avaliados de hora a hora. Pressão arterial sistólica e a PAM da pessoa devem ser mantidas abaixo de	Os enfermeiros do Serviço de Urgência devem estabilizar prontamente os doentes e iniciar os testes de diagnóstico e o tratamento adequado para evitar lesões neurológicas permanentes e mesmo a morte

				160 mm Hg e 110 mm Hg, respetivamente, antes da fixação do aneurisma Manter pvc entre 5 e 8 mmhg Controlo da temperatura Controlo da dor com medicamentos de ação curta Ambiente silencioso e controlo de visitas ate aneurisma ser tratado Uso de dispositivos de compressão sequencial deve ser iniciado o mais rápido possível A cabeceira da cama da pessoa deve ser mantida em pelo menos 30 graus ou mais para ajudar a controlar a PIC.	
13	Livesay et all "Nursing Care of the Patient with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage" (2018) Estados Unidos da América	Recomendações para os cuidados de enfermagem na abordagem à pessoa com HSAa	Revisão sistemática da literatura	**Monitorização Pós-Intervenção de embolização:** Monitorização de Sinais Vitais: Verificar frequentemente os sinais vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura, para detectar complicações precoces. Avaliação Neurológica: Realizar avaliações neurológicas frequentes para monitorizar possíveis deteriorações no estado da pessoa. Vigiar do Local Endovascular: Avaliar o local da intervenção endovascular para identificar sinais de sangramento ativo, hematoma ou complicações vasculares.	As intervenções de enfermagem são críticas para garantir a estabilidade da pessoa e promover melhores resultados clínicos, minimizando as complicações associadas à hemorragia subaracnoide aneurismática e aos procedimentos endovasculares subsequentes

				Avaliar Pulsos Distais: Avaliar os pulsos distais para assegurar a integridade vascular após a intervenção. **Suporte Nutricional e Controle Glicémico:** Início do Suporte Nutricional: Iniciar a nutrição enteral o mais cedo possível para atender às necessidades energéticas da pessoa. Avaliação de Disfagia: Avaliar a disfagia antes de administrar nutrição oral e medicamentos. **Controle da Dor** Avaliação e Tratamento da Dor: Avaliar frequentemente a dor, inclusive os indicadores não-verbais, especialmente em pessoas não comunicativas, e tratar adequadamente para evitar agitação e hipertensão, que podem aumentar o risco de ressangramento do aneurisma. Utilizar medicamentos de ação curta e reversíveis para controlar a dor e a ansiedade, evitando o aumento da pressão arterial e intracraniana **Prevenção e Tratamento de Vasoespasmo** Detecção Precoce: Detectar e tratar precocemente o vasoespasmo e a isquemia cerebral tardia.	

				Sintomas Comuns: Monitorizar o nível de consciência e novos déficits neurológicos focais, que podem indicar vasoespasmo. **Considerações Psicossociais** Apoio Multidisciplinar: Envolver uma abordagem multidisciplinar para atender às necessidades da pessoa e familia, oferecendo suporte emocional e educacional. Educação dos Familiares**:** Fornecer informações repetidas e reforçadas aos familiares para ajudá-los a entender e lidar com a situação. **Controle de Temperatura e Medidas Adicionais** Controle da Temperatura: Utilizar mantas de resfriamento ou outros métodos para controlar a febre, que pode impactar negativamente a recuperação. **Profilaxia de Convulsões**: Iniciar cobertura profilática contra convulsões no período imediato após a hemorragia inicial. **Prevenção de Trombose Venosa Profunda (TVP)** Os dispositivos de compressão pneumática intermitente**:** Aplicar e monitorizar o uso dos dispositivos de	

				compressão pneumática intermitente para prevenir TVP. Terapias Multimodais: Assegurar a administração adequada de terapias químicas e mecânicas para reduzir o risco de TVP. **Um ambiente terapêutico**: Um ambiente terapeutico pode ser criado com medidas não farmacológicas que promovam um sono adequado, reduzam o ruído excessivo e envolvam o uso adequado de iluminação e a coordenação consciente dos cuidados de rotina. Recomendações sobre a elevação da cabeceira da cama entre 30 e 45 graus para reduzir a PIC.	
14	Hoh et all. "2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association" (2023) Estados Unidos da América	Recomendações para prevenir, diagnosticar e tratar pessoa com hemorragia subaracnóidea aneurismática (aSAH).	Revisão Sistematica da literatura	Recomenda-se o uso de protocolos baseados em evidências e conjuntos de pedidos para melhorar a padronização de cuidados (febre, glicemia e deglutição). Recomenda-se avaliação neurológica frequente com uma ferramenta de avaliação neurológica, como a ECG ou a escala do National Institutes of Health Stroke (NIHSS), para monitorar isquemia cerebral tardia e outras complicações secundárias. Um protocolo validado de triagem de disfagia deve ser implementado antes	O cuidado especializado de enfermagem é fundamental na prevenção de complicações médicas e na maximização dos resultados. A prevenção inclui o reconhecimento rápido e tratamento de deterioração neurológica relacionada a isquemia cerebral tardia, edema cerebral, hidrocefalia,

				do início da ingestão oral para reduzir a incidência de pneumonia. As competências e a certificação de enfermagem especializada em AVC podem ser eficazes para afetar positivamente os resultados, a oportunidade do atendimento e a adesão aos protocolos de AVC Na pessoa com HSAa e aneurisma tratado, um algoritmo de mobilidade precoce baseado em evidências é razoável para melhorar o nível de função na alta e o resultado funcional global em 12 meses.	febres, hiperglicemia e pneumonia. A avaliação frequente por enfermeiros é crucial na detecção precoce de complicações e na intervenção oportuna para melhorar os resultados das pessoas.
15	Nosiadek et all “The role of a nurse in caring for a patient after subarachnoid bleeding” (2023) Polónia	Descrever o papel dos cuidados de enfermagem á pessoa após HSAa	Revisão Narrativa da literatura	Avaliação regular do estado de saúde da pessoa, incluindo monitorização de sinais vitais e realização de exames físicos, que devem incluir a avaliação dos parâmetros vitais básicos, incluindo ritmo cardíaco e pressão arterial, avaliação do sistema respiratório e da temperatura corporal. Devem ser avaliados o nível de consciência, os sintomas neurológicos e o déficit neurológico, determinados por uma de escala de AVC. Devido ao risco de hiponatremia e hipomagnesemia, são avaliados o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido-básico.	Os cuidados de enfermagem prestados á pessoa após hemorragia subaracnóidea devem ser abrangentes e bem organizados. A intervenção do enfermeiro como membro de uma equipa interdisciplinar influencia significativamente o processo de recuperação da pessoa após HSAa

				Repouso no leito com elevação da cabeceira a 30º e redução de estímulos. Avaliar risco de obstipação, posicionar a pessoa para prevenção de lesões e implementar medidas profiláticas de TVP Educação da pessoa sobre autocuidado, promoção da saúde e adoção de comportamentos saudáveis durante a recuperação	