

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação
Crítica**

Relatório de Estágio

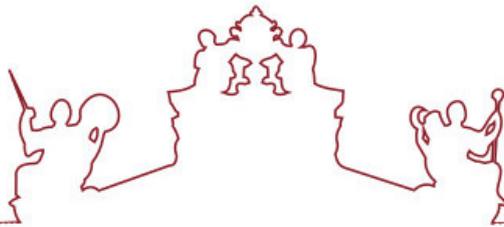
**Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Hematoma
Subdural resultante de Traumatismo Crânio-Encefálico**

Sandra Marisa Esteves Costa Couto

Orientador(es) | Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Évora 2022





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

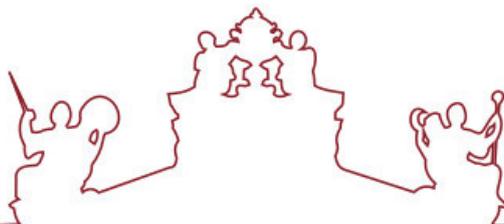
Relatório de Estágio

Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Hematoma Subdural resultante de Traumatismo Crânio-Encefálico

Sandra Marisa Esteves Costa Couto

Orientador(es) | Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

- Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)
- Vogais | Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta (Instituto Politécnico de Castelo Branco) (Orientador)
Maria Antónia Rasa Correia Costa (Instituto Politécnico de Beja) (Arguente)

“Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão.”

João Lobo Antunes

Agradecimentos

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”

Fernando Pessoa

Neste percurso de enorme crescimento e aprendizagem, muitos foram aqueles que caminharam a meu lado, a quem não posso deixar de agradecer. Manifesto, assim, o meu agradecimento às pessoas que, diretamente ou indiretamente, cooperaram para a realização final deste relatório.

À Professora Doutora Paula Sapeta, por toda a disponibilidade, pelas sugestões e correções e partilha de conhecimentos e experiência, apoio e orientação na execução e conclusão de todas as etapas deste percurso.

A todos os professores do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade de Évora na Escola de Enfermagem São João de Deus, por todo o apoio e orientação.

Às enfermeiras orientadoras, pela partilha de experiências e conhecimentos e pela confiança que depositaram em mim, que tornaram possível a concretização dos objetivos pessoais delineados e por me terem feito sentir como parte da equipa.

Ao meu pai que apesar de não estar cá, sempre esteve comigo, no meu coração e no meu dia a dia... À minha mãe, por todo o amor dedicado, pelo apoio incondicional e por estar sempre presente nos momentos mais importantes da minha vida.

Ao meu irmão Miguel, pelos momentos partilhados, pelas angústias e gargalhadas.

À Susana Gaspar, amiga e irmã de coração, pelas palavras de incentivo e apoio incondicional nos momentos de fraqueza. Por todo o companheirismo e amizade demonstrada, a ti devo agradecer o início deste desafio.

À minha família que com a sua amizade, incentivo e paciência nunca deixaram de acreditar em mim.

Aos doentes e familiares que me proporcionaram momentos de aprendizagem e permitiram desenvolver competências que me tornaram melhor profissional e melhor pessoa.

Ao Dr. Miguel Casimiro, Dr. Carla Reizinho e à Dr. Ana Luís, pelo incentivo, motivação e apoio nos momentos mais difíceis.

A ti Elisabete e Patrícia H. sem palavras, obrigada.

À Sónia e Alcina pelos momentos partilhados, nas longas tardes e noites de trabalho árduo, pela amizade, pela partilha e pelo incentivo.

Aos colegas de curso pela amizade e sentido de grupo, apesar do pouco tempo de contato.

A toda a equipa com quem trabalho, por toda a disponibilidade, flexibilidade e palavras de encorajamento.

Mas, o maior e mais caloroso agradecimento vai para o meu marido Eduardo e para a minha filha Inês.... Este foi um período com mais ausências, vários períodos de cansaço e de desânimo, mas foi através da sua força e do seu amor que este sentimento foi minimizado... foram eles também que me ensinaram que, “passo a passo...” e “grão a grão...” é possível completar a “construção”. Este trabalho é dedicado a vós... Sem o vosso amor, carinho, apoio e compreensão, esta caminhada seria muito mais atribulada.

Resumo

O presente relatório surge no âmbito do 5º Mestrado em Enfermagem em associação, na Universidade de Évora na Escola de Enfermagem São João de Deus. Esta experiência proporcionou a reflexão sobre as experiências vivenciadas nos dois campos de estágios, integrando os contributos teóricos lecionados e a experiência pessoal na prestação de cuidados, contribuindo para fomentar a construção e o desenvolvimento de competências para a aquisição do título de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório inicia-se com uma contextualização da enfermagem onde se aborda a sua evolução, Metaparadigma e a teoria do modelo de adaptação de Callista Roy, terminando com o conceito de competência e a prática especializada em articulação com o modelo concetual de Patrícia Benner.

Foi desenvolvido um projeto de intervenção em serviço, através da metodologia de projeto, de forma a responder a um problema identificado no contexto de estágio. O seu desenvolvimento decorreu no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos, o que contribuiu para o desenvolvimento e treino de competências de enfermeira especialista, nomeadamente no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados e da gestão.

Para sustentar e fundamentar o tema foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com o intuito mapear a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico.

O hematoma subdural resulta de um mecanismo de aceleração e desaceleração do cérebro mais ou menos violenta de acordo com a energia do traumatismo. Os profissionais de Enfermagem como integrantes ativos da equipa de saúde desempenham um papel fundamental durante a assistência a esses doentes, desenvolvendo técnicas e intervenções de acordo com as necessidades apresentadas.

Palavras-chave: intervenções de enfermagem; hematoma subdural; traumatismo crânio-encefálico; enfermagem médico-cirúrgica; doente crítico.

Abstract

Nursing Interventions for a person with Subdural Subdural Hematoma resulting from Traumatic Brain Injury

This report comes within the scope of the “5º Mestrado em Enfermagem” at “Universidade de Évora” at the “Escola de Enfermagem São João de Deus”. This experience provided a reflection on the experiences lived in the two fields of internship, integrating the theoretical contributions taught and the personal experience in the provision of healthcare, contributing to foster the construction and development skills for the acquisition of the title “Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica”.

This report begins with a nursing contextualization, where it approaches its evolution, Metaparadigm and Callista Roy’s theory “Adaptation Model of Nursing”, ending with the concept of competence and specialized practice in articulation with the Patrícia Benner’s conceptual model.

An in-service intervention project was carried out, through the design methodology, to respond a problem identified in the internship context. This internship took place in the Intensive Care Unit Service, which contributed to specialist nurse skills development and training, namely, in the improving the quality of care and management fields.

To support the subject, an integrative literature review was carried out, enabling scientific evidence mapping about nursing interventions for people with subdural hematoma resulting from traumatic brain injury.

The subdural hematoma results from a mechanism of more or less violent acceleration and deceleration of the brain according to the trauma’s energy. Nursing professionals, as active members of the health team, play a fundamental role during the care of these patients, developing techniques and interventions according to the needs presented.

Keywords: nursing interventions; subdural hematoma; traumatic brain injury; medical-surgical nursing; critical ill patient.

Índice

Índice de Quadros	11
Índice de Figuras.....	11
Índice de Gráficos.....	11
Índice de Tabelas.....	11
Abreviaturas, Acrónimos e Siglas	12
Introdução	13
1. Enquadramento Teórico Conceptual	15
1.1. Resumo histórico: evolução da Enfermagem.....	15
1.2. Metaparadigma de Enfermagem	18
1.3. Modelo de Adaptação de Callista Roy.....	19
1.4. A competência e a enfermagem especializada: Modelo Concetual de Patrícia Benner.....	24
2. Percurso desenvolvido	28
2.1. Estágio no Serviço de urgência.....	29
2.2. Estágio na Unidade de Cuidados intensivos.....	43
3. Projeto de intervenção <i>major</i> : Intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante traumatismo crânio-encefálico.....	51
3.1. Diagnóstico de situação.....	51
3.2. Objetivo de intervenção <i>major</i>	52
3.3. Planeamento e execução de atividades.....	52
3.3.1. Intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de TCE: Revisão integrativa da literatura	53
3.3.2. Póster científico.....	62
3.4. Avaliação de intervenção <i>major</i>	63
4. Desenvolvimento e aquisição de competências	64
4.1. Análise reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem	65
4.2. Análise reflexiva competências específicas do Enfermeiro Especialista na área Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica e Mestre em Enfermagem	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
BIBLIOGRAFIA	80
Apêndice I - CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM Á PESSOA COM HEMATOMA SUBDURAL.....	LXXXIX
Apêndice II - PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HEMATOMA SUBDURAL RESULTANTE TCE	XC
Apêndice III - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	XCI

Apêndice IV - TRATAMENTO DE DADOS DA SESSÃO SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HEMATOMA SUBDURAL RESULTANTE TCE	XCII
Apêndice V - ANALISE SWOT	XCIV
Apêndice VI - Protocolo de intervenção à pessoa com hematoma subdural resultante TCE.....	XCIV
Apêndice VII- Poster científico	CIII
Anexos I – “X JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM E VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA”	CIV
Anexos II – “V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?”	CV

Índice de Quadros

Quadro 1- Síntese dos estudos incluídos na Revisão Integrativa.....	56
---	----

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de Adaptação de Roy	23
Figura 2: Diagrama de fluxo PRISMA (adaptado) do processo de seleção de artigos.....	55

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Resultados da avaliação da apresentação do póster científico.....	63
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise SWOT Serviço UCI HPL	52
Tabela 2 - Lista de <i>Verificação</i> CASP Estudos de Controle de caso.....	59
Tabela 3 - Lista de Verificação CASP Estudo Revisão Qualitativa.....	59
Tabela 4- Lista de Verificação CASP Estudo Revisão Sistemática.....	59

Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

ABCDE – A – Airway, B – Breathing, C – Circulation, D – Disability e E - Exposure

ATS - Australian Triage Scale

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS - Índice Bispectral Richmond

BPS - Behavioral Pain Scale

CASP - Critical Appraisal Skills Programme

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

EEEMC – Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-cirúrgica

EEPSC - Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

MRSA - Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

O2 – Oxigénio

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial Saúde

PAM – Pressão Arterial Media

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PI – Projeto de Intervenção

PIC – Pressão Intra Craniana

PPC – Pressão Perfusão Cerebral

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

PSC – Pessoa Situação Crítica

RASS - Agitation-Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SMI - Serviços de Medicina Intensiva

SO – Sala Observação

SU – Serviço de Urgência

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

UC - Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, promovido pela Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, surge o presente Relatório de Estágio para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem. Neste, pretende-se realizar a descrição e reflexão crítica e fundamentada das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final, assim como, todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Aprender ao longo da vida tem-se transformado em imperiosa necessidade para a maioria dos profissionais, muitas vezes associado ao facto de que a ciência e a tecnologia, em todos os domínios, se renovam cada vez mais e a ritmos acelerados. Neste sentido, a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica tem como essência a aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa quer em situação de urgência e/ou emergência quer em intensivismo. A pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato de vida, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018).

Na procura de conhecimento para a aquisição do grau de enfermeiro especialista, na especificidade de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e na obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, surge o Relatório como um registo reflexivo e fundamentado das práticas realizadas em contexto de estágio.

Os estágios realizados, tal como referido, culminaram na elaboração deste documento, onde foi efetuada a descrição e introspeção, bem como a reflexão das experiências vividas e os seus contributos no âmbito profissional. Estas aprendizagens contribuíram para o desenvolvimento das competências presentes no Regulamento n.º 140/2019 (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista) e no 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). No decorrer dos estágios foram ainda elaborados projetos de melhoria contínua para os serviços, como contribuição para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados de excelência.

Assim, os objetivos pretendidos com a elaboração deste Relatório são:

- Realizar uma reflexão crítica das várias atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, para a concretização dos objetivos definidos e propostos no Projeto de Estágio;
- Descrever, refletir e fundamentar com base na mais recente evidência científica sobre as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio;
- Enumerar e descrever as competências adquiridas, comuns do enfermeiro especialista e as competências do enfermeiro especialista/mestre em pessoa em situação crítica;
- Reunir informação, que englobe todos os parâmetros focados ao longo do estágio, provendo assim de um instrumento de avaliação complementar;
- Desenvolver a capacidade de reflexão e autocrítica sobre a prática dos cuidados prestados;
- Dar resposta a um requisito curricular.

A metodologia utilizada para a elaboração do presente relatório baseia-se nos métodos descritivo e reflexivo, com base nas atividades/procedimentos executados ao longo dos estágios, na consulta e análise dos objetivos do Projeto de Estágio, na observação direta e na pesquisa bibliográfica.

Quanto à estruturação do presente documento, organizámo-lo em quatro partes fundamentais. Inicialmente será apresentado um enquadramento teórico conceptual que considerámos indispensáveis, com uma breve revisão histórica de conceitos gerais da profissão, englobando um resumo histórico da evolução da Enfermagem, com referência ao metaparadigma de Enfermagem, ao Modelo de Adaptação de Callista Roy e alusão à competência e à enfermagem especializada à luz do modelo de Patrícia Benner. Segue-se a descrição do percurso desenvolvido no estágio no Serviço de urgência e no estágio na Unidade de Cuidados intensivos. Seguidamente tem lugar a apresentação do projeto de intervenção *major* subordinado ao tema Intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico, descrevendo-se as diferentes etapas inerentes ao mesmo, nomeadamente: diagnóstico de situação, objetivo de intervenção major, planeamento e execução de atividades, revisão integrativa da literatura: artigo científico, póster científico, protocolo de intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico, e avaliação de intervenção major. Apresentamos ainda a avaliação por competências adquiridas, tendo em conta as competências gerais do Enfermeiro Especialista, Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como procedemos à análise das competências de Mestre em Enfermagem. O *relatório* termina com as *conclusões* mais relevantes.

Este documento está redigido segundo o acordo ortográfico em vigor e segue as normas de referência bibliográfica da APA (7ª edição).

1. Enquadramento Teórico Conceptual

Um trabalho nunca parte do zero. Existe um corpo de conhecimento que foi estabelecido por outros investigadores e, por isso, a literatura publicada constitui um importante recurso para contextualizar e aprofundar o conhecimento. Neste sentido, este enquadramento teórico concetual começa por apresentar um breve resumo histórico da evolução da Enfermagem, fazendo alusão ao metaparadigma de Enfermagem, com destaque para o Modelo de Adaptação de Callista Roy. Por último, tem lugar a competência e a enfermagem especializada com o Modelo Conceptual de Patrícia Benner.

1.1. Resumo histórico: evolução da Enfermagem

Etimologicamente, “Enfermagem” significa “ato ou efeito de tratar os enfermos” e o vocábulo “Enfermo” deveria do étimo latino *infirmus*, que quer dizer “doente, doentio, fraco, débil, achacoso, imperfeito” (Angerami & Correia, 1989, p. 338).

Foi Florence Nightingale (1820-1910) que abriu caminho para a sistematização dos cuidados de enfermagem, cujas orientações básicas de cuidado desenvolvidas por ela se direcionam para a pessoa e para a sociedade. Em *Notes of Nursing*, Florence Nightingale mostra que o enfermeiro tem de possuir conhecimentos diferentes dos conhecimentos do médico, tendo enfatizado os conceitos de ser humano e meio ambiente (Alligood & Tomey, 2011).

Embora as pioneiras da enfermagem tenham tido dificuldades devido à incompreensão dos valores fundamentais ao desempenho da profissão, as escolas espalharam-se pelo mundo, a partir da Inglaterra. Nos Estados Unidos, em 1873 foi fundada a primeira Escola. Em 1877, as primeiras enfermeiras com formação começam a prestar serviços a domicílio em Nova Iorque (Carapinheiro, 1998). Essas Escolas deveriam funcionar segundo com a filosofia da Escola Florence Nightingale, que preconizava quatro princípios-chave: a formação de enfermeiras deveria ser considerado tão importante como qualquer outra forma de ensino e ser mantido pelo dinheiro público; as Escolas deveriam funcionar em parceria com os hospitais, todavia, deveriam manter a sua independência financeira e administrativa; as enfermeiras profissionais deveriam ser responsáveis pelo ensino; as estudantes deveriam, durante o período de formação, ter residência à disposição, que lhes proporcionasse um ambiente confortável e agradável, perto do hospital (Carapinheiro, 1998).

É a partir da fundação da escola de Nightingale que surgem quatro princípios básicos na profissão de enfermagem:

- Espírito de servir ou ideal;
- Habilidade manual e arte;

- Ciência;
- Qualidades físicas.

Destacam-se, igualmente, quatro conceitos capitais:

- Ser humano;
- Meio ambiente;
- Saúde;
- Enfermagem.

Estes conceitos, encarados como revolucionários para a época, segundo o mesmo autor supracitado, ainda presentemente se identificam com as bases humanísticas da enfermagem.

Na perspetiva de Alligood e Tomey (2011, p. 15), “no início do século XX, a Enfermagem não era nem uma disciplina académica nem uma profissão”. No entanto, as concretizações ocorridas durante o último século resultaram no reconhecimento da Enfermagem nas duas áreas, ainda que alguns profissionais tenham utilizado os dois conceitos (disciplina e profissão) de forma indiscriminada, o seu sentido não é análogo, ou seja, estes dois conceitos interligam-se, apesar de cada um ter o seu significado. De forma a elucidar esta ambivalência, McEwen e Wills (2009) referem que a disciplina se assume como uma área do conhecimento que deriva de múltiplas premissas filosóficas e científicas, enquanto a profissão advém da disciplina de forma a estruturar a sua práxis.

A corroborar, Alligood e Tomey (2011, p. 17) referem que “o significado da teoria para a disciplina de Enfermagem é que a disciplina depende da teoria”. Deste modo, depreende-se que, enquanto disciplina, a Enfermagem depende do conhecimento da Enfermagem, que, por sua vez, é transmitido para a sua aplicação na prática da profissão.

Atualmente, o cuidar é sobejamente reconhecido como o âmago da Enfermagem (Ferreira, Pontes & Ferreira, 2009). Os mesmos autores, fazendo referência a Festas (1999), sustentam que a Enfermagem tem a sua origem no cuidar, tendo-se organizado para cuidar e que se profissionalizou por meio do cuidar. Esta é a premissa basilar a partir da qual a Enfermagem tem sustentado a sua prática para “um modelo holístico, subjetivo, interativo, humanista e orientado para a experiência única de cada pessoa” (Moniz, 2003, p.29). Deste modo, como defendem Ferreira et al. (2009), cuidar em Enfermagem subentende um cuidar científico/profissional, fundamentado na disciplina de Enfermagem, orientando para “o que é feito com ou em nome da pessoa e menos para o que é feito à mesma ou para ela” (p. 361). Estes pressupostos advêm do facto de cada pessoa ser singular, com vivências e histórias de vida únicas, o que implica um cuidar holístico.

Neste sentido, o cuidar é “um verdadeiro encontro com o outro, um estar disponível para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, que se evidencia por abertura, compreensão e confiança”

(Moniz, 2003, p. 26). Assim sendo, Ferreira et al. (2009) preconizam que o ato de cuidar pressupõe a presença da competência técnica e da sensibilidade afetiva, tendo como foco a pessoa cuidada, a qual deve ser sempre tida como ser único e insubstituível.

Assim, o verdadeiro cuidar deve valorizar a ciência e a técnica, utilizando-as na prestação de cuidados globais à pessoa, sem que se menospreze as necessidades globais do doente, abrangendo todas as que implicam uma intervenção técnica.

A Enfermagem é uma ciência humana prática, ou seja, humana porque estuda a vida e as vivências experienciais através da valorização do conhecimento subjetivo, a partir do qual se cria um novo conhecimento que permite perceber e esclarecer fenômenos, nomeadamente a essência da experiência humana; porque a prática se enfoca na percepção dos fenômenos e na produção de conhecimentos práticos (McEwen, 2009).

Deste modo, a Enfermagem, como ciência humana prática, concebe e serve-se de um corpo de conhecimento exclusivo, o que a leva a afirmar-se como uma disciplina científica com características próprias (Queirós et al., 2014). Os mesmos autores acrescentam que o pensamento teórico evoluiu em termos de uma enorme riqueza concetual, dando origem a novas teorias e conceitos que interpretam a ação prática dos enfermeiros.

À semelhança de outras disciplinas, principalmente as que apenas subsistem se aliadas a uma prática profissional, a Enfermagem é dotada de conhecimento científico e de conhecimento convencional, ou seja, um conhecimento não testado empiricamente (McEwen & Wills, 2009). A conceção da disciplina de Enfermagem constituída através de modelos de conhecimento, o qual vai muito mais além do conhecimento empírico, de acordo com Queirós et al. (2014), leva a que se repense na Enfermagem como uma ciência e arte, em simultâneo, resultando na aceção de que a arte de Enfermagem é sinónimo de cuidar.

A Enfermagem, segundo Medina (1999), pode ser caracterizada, como uma ciência humana prática. No ponto de vista deste autor, as Ciências Humanas podem classificar-se em três categorias: práticas, teóricas e teóricas com aspetos práticos. A Enfermagem, como ciência humana prática, baseia-se na ação comunicativa e pressupõe a participação direta com a praxis. A Enfermagem afigura-se igual às ciências humanas teóricas.

A Enfermagem, enquanto ciência humana, centra-se nas experiências de vida dos seres humanos e os seus significados, sobre as questões de saúde e da doença e o significado que têm nas suas vidas, bem como sobre a experiência da morte. Tendo em conta que estas experiências são moldadas pela história, estruturas sociais, género e cultura, os enfermeiros procuram igualmente saber como é que estas perspetivas moldam as ações e reações dos seres humanos. É justamente esta preocupação que faz com que a Enfermagem seja uma prática que, por sua vez, ajuda a definir a sua perspetiva (Meleis, 2012).

1.2. Metaparadigma de Enfermagem

De modo a poder-se esclarecer o campo específico de ação da Enfermagem, é indispensável conhecer-se como é que os enfermeiros percebem e relacionam os conceitos de pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem, os quais são parte integrante do metaparadigma da enfermagem. Neste âmbito, fazendo-se referência a Thomas Kuhn (1982), referenciado por Fawcett (2000), estes conceitos podem ser entendidos como globais, através dos quais se identificam os fenómenos centrais de interesse para uma disciplina, as proposições que descrevem os conceitos e as proposições globais que expressam a relação entre conceitos. O mesmo autor defende que o progresso da ciência acontece através da quebra dos paradigmas, o que permite discutir sobre as teorias e acerca dos métodos utilizados por elas, dando, deste modo, lugar à revolução. A modificação de paradigmas pode originar uma mudança de visão do mundo, na medida em que significa que se operou um descontentamento para com os modelos anteriores, resultando em benefícios para o conhecimento científico, uma vez que surge a necessidade de novos estudos e novas abordagens.

Desta feita, o paradigma da Enfermagem é um ponto de referência que permite aos enfermeiros concentrarem-se no Homem como um ser integral, com a consciência de que a pessoa interage progressivamente com o ambiente (Fawcett, 2000).

Importa referir que a palavra paradigma, de origem grega, significa modelo exemplo, padrão. Numa conceção mais lata, significa algo que vai servir de modelo ou exemplo a seguir numa determinada situação (Dicionário de Língua Portuguesa, 2015). Na perspetiva de Kuhn, (1975), cit. por Westphal (1999), paradigma significa “um conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos ou metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica” (p.71), que permite fazer a distinção entre as crenças e o senso comum daquilo que é científico.

Paradigma é um conceito vital na filosofia da ciência que tem grande influência nos estudos empíricos contemporâneos (Fawcett, 2000). Kuhn (2017) definiu um paradigma para identificar modelos de estudo que moldam as atividades científicas e o progresso do conhecimento científico (Smith & Parker, 2015). Kuhn (2017) argumenta que os paradigmas científicos determinam as questões de estudo, metodologia de entrevista, métodos de recolha de dados e interpretação dos resultados dos estudos. Os paradigmas moldam comportamentos individuais, influências de fenómenos sociais e atitudes dos grupos profissionais. Por conseguinte, os paradigmas servem de guia para a educação profissional, filosofia, moral e princípios éticos (Özkan & Akduran, 2014).

Metaparadigmas, ou paradigmas dominantes, traçam parâmetros gerais de uma disciplina científica e concentram-se em esforços científicos. Os metaparadigmas podem incluir vários paradigmas concretos e específicos para investigadores (Meleis, 2011).

Os metaparadigmas de Enfermagem foram inicialmente classificados por Fawcett (1978) nas seguintes categorias: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. O metaparadigma do fator humano refere-se a indivíduos numa cultura, família e sociedade definidas. O metaparadigma do ambiente caracteriza todas as condições culturais, sociais, políticas e económicas regionais, nacionais e globais relacionadas com a saúde humana. O metaparadigma da saúde define os processos de vida e morte. O metaparadigma da pessoa descreve a profissão de Enfermagem, práticas de Enfermagem, seus objetivos e resultados (Fawcett, 2000; Bahramnezhad, Shiri, Asgari & Afshar, 2015). Para além destes quatro metaparadigmas, foram sugeridas diferentes versões do metaparadigma de enfermagem. Por exemplo, Watson considerou os cuidados de Enfermagem como o indicador central da sua prática e sugeriu cuidados de enfermagem como o quinto metaparadigma (Watson, 2008).

1.3. Modelo de Adaptação de Callista Roy

A enfermagem tem feito significativas conquistas desde o século XX que levaram ao seu reconhecimento como uma disciplina académica e profissão, em decorrência da necessidade de mais conhecimento para orientar a prática profissional de enfermagem e prestar cuidados holísticos (Kavuran & Yurttaş, 2018).

Os modelos de enfermagem servem para orientar as práticas de enfermagem e é uma maneira de pensar. As teorias de enfermagem permitem que os enfermeiros se concentrem nas práticas de enfermagem e não nas implementações médicas, garantindo que os cuidados de enfermagem sejam sistemáticos, controlados e eficientes, uma vez que os modelos ajudam a perceber os fatores que influenciam os comportamentos e a identificar as maneiras de atingir um determinado objetivo. Neste âmbito, o modelo de adaptação de Roy tem sido um dos mais eficientes nesse sentido, amplamente utilizado devido à sua simplicidade e acessibilidade. A teoria inata deste modelo possui uma grande capacidade de descrever indivíduos diferentes, adotando um intuito mais amplo em comparação com outras teorias de adaptação.

O Modelo de Adaptação de Callista Roy é muito utilizado na identificação dos fundamentos conceituais da enfermagem, tendo a teórica definido a enfermagem como uma profissão científica e humanista, enfatizando a importância do seu conhecimento especializado na satisfação das necessidades de saúde e bem-estar da comunidade. À luz deste modelo, o objetivo da enfermagem consiste em aumentar a adesão e a expectativa de vida dos clientes. O objetivo do modelo é facilitar, desenvolver e aumentar o tempo de adaptação dos indivíduos à dicotomia doença/saúde, possuindo quatro modos de adaptação, incluindo o fisiológico, a identidade de autoconceito, a interdependência e o desempenho de papel. Neste sentido, os enfermeiros desempenham um importante papel na manutenção, melhoria e

reabilitação da saúde e ajudam os indivíduos a dar respostas às suas necessidades nesses modos (Roy, 2011).

O Modelo de Adaptação de Roy para enfermagem teve início com uma citação do trabalho de Harry Helson em psicofísica que se estendia às ciências sociais e comportamentais. Na Teoria da Adaptação de Helson, as respostas adaptativas são uma função do estímulo recebido e do nível adaptativo. Um estímulo é qualquer fator que provoca uma resposta, podendo surgir estímulos do ambiente interno ou externo (Roy, 1984, cit. por Phillips & Harris, 2014, p. 303).

O nível de adaptação é composto pelo efeito combinado das três seguintes classes de estímulos: 1) Estímulos focais que imediatamente confrontam o indivíduo; 2) Estímulos contextuais que são todos os outros estímulos presentes que contribuem para o efeito do estímulo focal; 3) Estímulos residuais que são fatores ambientais dos quais os efeitos não são claros numa determinada situação (Phillips & Harris, 2014).

O Modelo de Adaptação Roy tem sido usado para orientar a educação interdisciplinar, desenvolvimento da prática e da pesquisa. A afirmação teórica do Modelo de Adaptação Roy é baseada em questões filosóficas, científicas e culturais, de suposições derivadas da teoria de sistemas, teoria do nível de adaptação e desafios culturais. As suposições filosóficas são caracterizadas pelos princípios gerais do humanismo, veracidade e unidade cósmica (Jennings, 2017). Segundo a mesma autora, o humanismo assume que os indivíduos possuem um holismo intrínseco, o que os dota de capacidade para perceber a necessidade de relações com os outros, partilhar o poder criativo e esforçar-se para manter a integridade. A veracidade complementa o humanismo e afirma uma intencionalidade da existência humana. A veracidade assume a atividade e a criatividade para o bem comum, o propósito da existência humana, a unidade do propósito da humanidade e o valor e o significado da vida. A unidade cósmica defende que a realidade se baseia em pessoas e na terra, como sistema vivo, tendo padrões comuns e interações integrais. As premissas científicas baseiam-se nos fenómenos de sistemas vivos com processos complexos de interação e que agem para manter o propósito da existência no universo. Por sua vez, as premissas culturais são uma integração das experiências transculturais e das necessidades culturais (Jennings, 2017).

Os principais conceitos do Modelo de Adaptação Roy incluem a pessoa como sistema adaptativo, o ambiente, a saúde e o objetivo da enfermagem. Como sistema adaptativo, a pessoa é definida como um todo com partes que funcionam como uma unidade para um desígnio. O ambiente é definido como todas as condições, as circunstâncias e as influências que cercam e afetam o desenvolvimento e o comportamento dos seres humanos como sistemas adaptativos, com particular consideração pelos recursos do Homem e o ambiente. A saúde é um estado e um processo de ser e tornar-se integral e inteiro e o objetivo da enfermagem consiste em aprimorar os processos da vida para promover a adaptação, sendo esta um processo e um resultado de pensar e sentir que as pessoas usam em consciência (Jennings, 2017).

Trata-se de um Modelo que “constitui a base para a compreensão” da pessoa “como sistema capaz de se adaptar”, sendo esta “recetora dos cuidados de enfermagem”. A saúde é vista “como um estado e um processo de tornar-se uma pessoa total e integrada”. O ambiente compreende “todas as condições e circunstâncias que afetam o comportamento e o desenvolvimento da pessoa”, sendo o objetivo da enfermagem “a promoção de respostas adaptativas em relação aos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência)” (Medeiros, Souza, Sena, Melo, Costa & Costa, 2015, p. 133).

Roy (2011) defende que o seu Modelo de Adaptação descreve o objetivo da enfermagem como promover a adaptação nos quatro modos adaptativos, contribuindo para a saúde, a qualidade de vida e morrer com dignidade. A enfermagem baseada neste modelo, visa aprimorar as relações do sistema através da aceitação, da proteção e da promoção da interdependência, bem como promover as transformações pessoais e ambientais. Nesse contexto, o critério para o bem, de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy, é promover a adaptação da pessoa e/ou de grupos, transformar a sociedade numa que promova a dignidade, sustente e transforme o universo. Assim, os enfermeiros devem contribuir para a coerência da pessoa e para a coerência do mundo, ajudando a criar uma sociedade que apoia a vida humana e a dignidade das pessoas (Roy, 2011).

Os enfermeiros podem prestar cuidados holísticos através da aplicação prática dos modelos de enfermagem. Ao usar esses modelos, as atividades de enfermagem passam a centrar-se na pessoa. Além disso, os conceitos básicos e a relação entre os conceitos são determinados, os problemas identificados e as soluções desenvolvidas (Ursavaş, Karayurt & İşeri, 2014). Os modelos teóricos de enfermagem, ainda na perspectiva dos mesmos autores, garantem que os cuidados sistemáticos, controlados e eficazes à pessoa alvo dos cuidados, quer a criação de uma linguagem comum. Coadjuvam os enfermeiros na organização dos cuidados diários e potenciam a oportunidade de prestar cuidados de máxima qualidade.

No decorrer de várias décadas, os investigadores têm procurado incluir “os aspetos físicos, psicológicos e sociais dos cuidados nas teorias de enfermagem” como um todo, procurando servir de base para a orientação da prática e facultar uma “plataforma para a formação e investigação, apoiando o desenvolvimento do conhecimento profissional. Apesar de longas décadas marcadas pelo desenvolvimento das teorias de enfermagem, atualmente continua a prevalecer entre os enfermeiros a ideia de que as teorias são irrelevantes para a conceção e prestação dos cuidados de enfermagem, a que se acrescenta a dificuldade dos enfermeiros integrarem os modelos teóricos na sua prática” (Ribeiro, Martins, Tronchin & Silva, 2018).

O Modelo de Adaptação Roy foi desenvolvido como um guia para a prática de enfermagem num mundo com necessidades emergentes. Além do mais, fornece um modelo para o desenvolvimento do conhecimento. As premissas do modelo promovem uma perspectiva baseada no valor para identificar questões significativas para a pesquisa académica, recorrendo a várias formas do saber. A pessoa, o meio

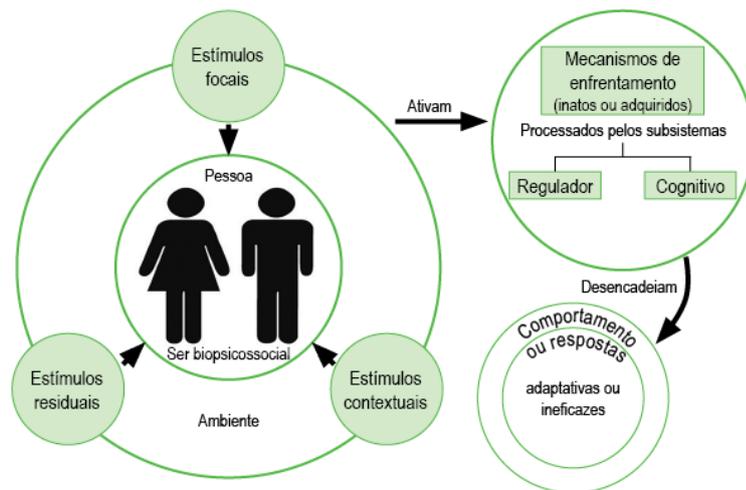
ambiente, os conceitos de nível de adaptação e a adaptação do modelo fornecem várias possibilidades para se construir um conhecimento integrado (Roy, 2011).

Este modelo inclui a noção de estímulos e respostas. Os estímulos resultam na necessidade de respostas por parte da pessoa, estando-lhe associados os mecanismos de enfrentamento processados através de dois subsistemas: o regulador e cognoscente. O sistema regulador tem uma natureza química, neural e endócrina, enquanto o subsistema cognoscente está relacionado com as funções cerebrais superiores de percepção, de emoção ou de processamento das informações de julgamento (Costa, Luz, Bezerra & Rocha, 2016).

Os comportamentos consequentes dos referidos dois subsistemas observam-se a partir de quatro modos adaptativos. No modo fisiológico a pessoa responde como um ser físico aos incentivos ambientais e compreende cinco necessidades básicas de integridade fisiológica (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade, repouso e proteção) e quatro complexos processos (sensitivo, líquido e eletrólitos, função neurológica e função endócrina). O modo de autoconceito refere-se aos aspetos psicológicos e espirituais da pessoa e compreende o eu-físico, que abarca a sensação e a autoimagem corporal, e o eu-pessoal, que engloba o eu-consistência, o eu-ideal e o eu-ético-moral-espiritual. Por sua vez, o modo de função/desempenho de papel refere-se aos aspetos sociais que se relacionam com os papéis que a pessoa ocupa na sociedade e, por último, o modo de interdependência está intimamente relacionado com a adaptação afetiva e com os sistemas de suportes, comportamentos recetivos e comportamentos de contribuição, que identificam os padrões de valor humano, afeição, amor e afirmação (Costa, Luz, Bezerra & Rocha, 2016).

Os conceitos, metaparadigmáticos, do Modelo de Adaptação de Roy são a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem (Roy, 2011). Este modelo vê a pessoa como um ser holístico em interação contínua com um ambiente em mudança. O ambiente inclui estímulos focais, contextuais e residuais (cf. figura 1). Um estímulo focal é o confronto com o ambiente interno e externo. O indivíduo resiste imediatamente a esses estímulos internos e externos. Os enfermeiros visam, em primeiro lugar, a gestão do estímulo focal e depois os estímulos contextuais, que são aqueles outros estímulos que contribuem para os estímulos focais e afetam a situação atual. Os estímulos residuais são fatores fechados que afetam a situação atual. São as crenças, os comportamentos, as experiências e atitudes pessoais, que originam do passado e afetam a resposta ao tratamento.

Figura 1. Modelo de Adaptação de Roy



Fonte: Freitas SLF, Ivo ML, Gerk MAS & Nunes CB (2017, pp. 9-42).

A saúde é uma dimensão antecipada da vida humana e representa um continuum saúde-doença (Roy & Harrington, 2013). Roy (2011) define saúde como o processo de ser e tornar-se uma pessoa integrada e completa. Assim, no seu modelo, a enfermagem configura-se como uma ciência e a adaptação desse conhecimento científico à prática da enfermagem, sendo o seu objetivo garantir a adaptação. É que o aumento da adaptação durante a saúde e a doença melhora a interação entre o ambiente e os sistemas humanos e, portanto, melhora a saúde. Contribui, portanto, para a saúde e qualidade de vida.

O Modelo de Adaptação de Roy também expressa atividades específicas que distinguem a enfermagem de outras disciplinas, como o processo de enfermagem. Roy propõe uma abordagem de solução do problema neste processo e explica essa abordagem em cinco estádios: 1. Avaliação do comportamento e dos estímulos; 2. Diagnóstico, 3. Estabelecimento de metas, 4. Planeamento, 5. Intervenção e Avaliação (Ursavaş et al., 2014). De acordo com os mesmos autores, o subsistema regulador consiste na resposta neuroquímica e endócrina e os estímulos internos e os externos compreendem os fatores sociais, físicos e psicológicos. O subsistema cognoscente relaciona-se mais com a atenção, a memória, a aprendizagem, a resolução de problemas, o status de tomada de decisão, a motivação e a defesa. Os quatro modos de adaptação definidos no seu modelo são: fisiológico, autoconceito, função e interdependência. Neste sentido, os enfermeiros devem ajudar a responder às necessidades das pessoas nesses modos de adaptação (Ursavaş et al., 2014).

1.4. A competência e a enfermagem especializada: Modelo Concetual de Patrícia Benner

A competência é definida por Le Boterf (1994) como:

“ (...) um saber mobilizar - em tempo oportuno, as capacidades ou conhecimentos que foram adquiridos através da formação (mas não necessariamente). Ser competente significa saber aplicá-las quando necessário e em circunstâncias apropriadas.

Um saber integrar – Existe uma multiplicidade de conhecimentos e de saber - fazer. Para se ser competente é preciso saber organizar, seleccionar e integrar o que pode ser útil para se executar uma actividade profissional, remediar uma disfunção ou levar um projecto a bom termo.

Um saber transferir – Toda a competência digna desse nome é transferível ou adaptável, não se limitando à execução de uma tarefa única repetitiva. Ser competente significa mais do que ser um bom executante. Logo, a competência pressupõe a existência de capacidades de assimilação e de integração, assim como de fazer evoluir a situação de trabalho na qual se opera”

Como defende Benner (1984), referenciada por Brykczynski (2014, p. 122), o enfermeiro deve ter a competência do “saber que” e do “saber como”, como extensão do conhecimento prático (know-how).

Sendo a principal tarefa do sistema humano manter a integridade face aos estímulos ambientais e o objetivo da enfermagem promover uma adaptação bem-sucedida (Roy & Andrews, 1999, cit. por Phillips & Harris, 2014, p. 309), então, o enfermeiro deve possuir competências especializadas, num patamar de perito, que lhe permita promover a adaptação da pessoa em situação crítica. Roy define enfermagem como uma profissão de saúde que se concentra nos processos e padrões de vida humanos, com o compromisso de promover a saúde e o potencial de vida total de indivíduos, famílias, grupos e a sociedade em geral. A enfermagem é, assim, vista pela teórica, como uma ciência e prática, cujo objetivo consiste em promover a adaptação de indivíduos e grupos nos quatro modos adaptativos, avaliando comportamentos e fatores que influenciam as habilidades adaptativas e aprimoram os fatores ambientais (Phillips & Harris, 2014). A pessoa é o foco principal de atenção e é a beneficiária dos cuidados do enfermeiro perito.

A prática eficaz de enfermagem é construída sobre uma base sólida de conhecimentos e competências, bem como a manutenção da capacidade de cuidar da pessoa e das suas famílias de uma forma eficiente e perita. Os cuidados de enfermagem estão enraizados na investigação e teorias que são

aplicadas na prática, a fim de proporcionar os melhores cuidados de saúde possíveis à pessoa alvo dos cuidados (Saleh, 2018).

O Modelo de Adaptação de Roy, como referido anteriormente, baseia-se num quadro que analisa a forma como a pessoa interage e responde a estímulos no ambiente em que se encontra. Assim, no caso da pessoa em situação crítica, e tendo por base Benner (1984), a experiência do enfermeiro é um requisito para a perícia. A prática clínica, para a autora, compreende a noção de excelência, pois através do estudo da prática, os enfermeiros podem descobrir novos conhecimentos. Como tal, defende que a enfermagem tem de desenvolver a base do conhecimento da sua prática (know-how) e, por meio da investigação e observação científicas, tem de começar a registar e desenvolver o know-how da perícia clínica. “Idealmente, a teoria e a prática formam um diálogo que gera novas possibilidades. A teoria deriva da prática e a prática é alterada ou alargada pela teoria” (Brykczynski, 2014, p. 125).

Benner (1984), como refere Brykczynski (2014), conduziu um estudo da prática clínica do enfermeiro na tentativa de aprender e retratar o conhecimento incorporado na prática de enfermagem. Enfermeiras novas na profissão, bem como enfermeiros conhecidos pela sua experiência, foram entrevistados, na tentativa de determinar e entender as diferenças características em situações clínicas. No seu trabalho, procurou apresentar novas maneiras de ver a prática de enfermagem, a fim de proporcionar uma compreensão da complexidade e importância da profissão de enfermagem. Acreditava que a recolha e a manutenção de registos de perceções, habilidades de reconhecimento, significados e características dos enfermeiros especialistas e os resultados permitiriam aos enfermeiros refinar as habilidades e promover a prática. A partir do seu estudo, Benner (1984), como referenciado pela mesma autora (p. 122), fez distinções entre a teoria e a prática, considerando que existem dois tipos diferentes de conhecimento: o “saber que” e o “saber como” como extensão do conhecimento prático (know-how) e postula que a teoria científica das investigações são necessárias para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina, o que leva à aquisição de competências. Explicou as diferenças entre os dois tipos de saber, alegando que o “saber como” é “um conhecimento prático que pode evitar formulações, e o “saber que” ou “explicações teóricas” é “a forma como um indivíduo passa a saber, estabelecendo relações causais entre os conhecimentos” (Brykczynski, 2014, p. 122).

Benner (2001) adotou o Modelo Dreyfus da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus à prática clínica de enfermagem, sendo este modelo situacional e descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências, ou seja, cinco estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Tendo em conta que o enfermeiro especialista é um enfermeiro perito, passa-se a descrever este estádio/nível, enquanto processo de transformação individual para o desenvolvimento de competências, seguindo-se a premissa de Benner (2001) de que a competência se desenvolve no decorrer da vida profissional e na base intrínseca ao conceito de Enfermagem Avançada.

O enfermeiro perito é o profissional que “já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado” (Benner, 2001, p. 58). Para a autora, ser um enfermeiro perito condiz com a capacidade de dar uma resposta adequada à situação e que a solução seja a mais correta, o que se deve à compreensão global da situação, da valorização holística e qualitativa, que passa por três características: esquemas de reconhecimento; sentido de proeminência e consciência situacional. Por outras palavras, o enfermeiro perito não se apoia em princípios analíticos, tem uma percepção da situação como um todo, numa visão holística, o que se deve às situações reais experienciadas, permitindo-lhe centrar-se diretamente no problema, sem a necessidade de perder tempo com as soluções alternativas ou com diferentes diagnósticos, conseguindo, assim, prever problemas e antecipar ações com grande assertividade. Detém uma vasta experiência e apreende cada situação de maneira intuitiva. Benner (2001, p. 58) defende que o enfermeiro perito é muito respeitado quer pelos colegas, quer pelos médicos, “pelas suas capacidades de julgamento e competências”. Todavia, salvaguarda que seria erróneo dizer-se que o enfermeiro perito “nunca utiliza instrumentos analíticos. Uma capacidade muito desenvolvida de analisar os acontecimentos é necessária em situações” em que o enfermeiro “não tem experiência prévia”. Assim, defende que “os instrumentos analíticos são igualmente necessários” em situações nas quais os enfermeiros peritos avaliam “mal a situação” e posteriormente verificam que “os acontecimentos e os comportamentos não se desenrolaram como previsto”. Por conseguinte, quando o enfermeiro perito não tem “escolha possível, a única maneira de sair desta má interpretação é utilizar um processo de resolução analítica” (Benner, 2001, p. 60).

O enfermeiro perito/especialista é a resposta baseada no uso de *techne* e *phronesis*, uma vez que está em posição de integrar a sua compreensão da situação com suas respostas. É capaz de abordar teorias, no caso concreto o Modelo de Adaptação de Roy, e concretizá-lo na prática, criando frequentemente novas possibilidades na situação, desenvolvendo elos intuitivos entre ver e responder à situação, o que é revelado pela observação que o enfermeiro faz da situação (Benner, 2001).

Os enfermeiros peritos mantêm uma boa relação terapêutica com a pessoa cuidada e seus familiares, tendo em conta o “aqui e agora”, enquanto gerem simultaneamente a dualidade de papéis como membros da equipa e como defensores da pessoa cuidada, vendo-a como um todo. A coerência, a empatia, o respeito e a transparência são considerados essenciais para estabelecer e manter uma relação terapêutica. As intervenções de enfermagem competentes incluem a monitorização e a supervisão da adaptação da pessoa alvo dos cuidados, tendo-se por base o Modelo de Adaptação de Roy e os requisitos inerentes ao enfermeiro perito, postuladas por Benner, que defende que os enfermeiros peritos/especialistas têm um elevado nível de insight para analisar intervenções de enfermagem em profundidade, podendo, inclusive, desenvolver novas teorias, modelos e pesquisas baseadas em filosofias holísticas e humanísticas destinadas à enfermagem individualizada, percepções e práticas de cuidado. Um dos objetivos profissionais dos enfermeiros é tornarem-se num especialista em assistência de

enfermagem individualizada para a prestação de cuidados de qualidade, o que implica o desenvolvimento das suas perceções e das suas competências (Ozdemir, 2019).

2. Percurso desenvolvido

A desempenhar funções há 25 anos como enfermeira num Bloco Operatório Central, presta cuidados a doentes críticos principalmente do foro neurocirúrgico, contexto detentor de situações de stresse, por instabilidade clínica do doente e que necessitam de uma resposta e raciocínio clínico imediatos. Durante todo o percurso profissional empenhámo-nos sempre por melhorar e prestar cuidados de excelência ao doente/família. Por esse motivo, ingressámos no mestrado, mantendo sempre o mesmo entusiasmo, ânimo e motivação com a ambição de desenvolver/aprofundar competências que nos permitissem evoluir no sentido da perícia. Conforme refere Benner (2001), o perito analisa a situação de forma global, tendo em conta a pessoa como um todo, definindo intervenções direcionadas às necessidades específicas da mesma, familiares e/ou pessoas significativas.

Com o desenvolvimento da investigação, associado ao avanço tecnológico na medicina e à criação de novos métodos de terapêutica e diagnóstico, levaram a um aumento da esperança média de vida bem como ao surgimento de situações cada vez mais complexas e com grau elevado de exigência. Em consequência é solicitado à Enfermagem competências científicas, técnicas e humanas conducentes a uma prestação de cuidados de qualidade e diferenciados.

A formação contínua e especializada do enfermeiro, neste contexto, eleva-se como uma ferramenta essencial, atribuindo o profissional de saberes que lhe possibilitem agir em situações de maior complexidade, cooperando para a prestação de cuidados de excelência. Considerando o Código Deontológico dos Enfermeiros, como nos declara o artigo 88º referente à excelência do exercício, nos encaminha para “manter a atualização contínua dos (...) conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas” (Nunes et al, p. 185).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), exige que o Enfermeiro Especialista, detenha “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida, e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (Regulamento nº 122/2011, p.8648). As competências do enfermeiro especialista refletem o aprofundar dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, verificando-se estas em comuns e específicas. As competências comuns encontram-se em todos os ramos das várias especialidades, explicadas através de uma “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e de um suporte afetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p.8648). As competências específicas, de acordo com Ordem dos Enfermeiros “decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde do campo

de intervenção para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação de cuidados, às necessidades de saúde das pessoas” (p.8648).

A Ordem dos Enfermeiros, relativamente ao Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica (EEPSC) enuncia sete descritivos de qualidade do exercício profissional: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Com isto temos como objetivo geral, nesta fase do relatório evidenciar as competências de enfermagem que consideramos ter desenvolvido com a operacionalização do projeto de estágio, o que tem como objeto de intervenção à pessoa com hematoma subdural resultante de TCE.

Para ambos os estágios, foi elaborado um projeto que nos permitiu planear as nossas intervenções, e concretizá-las através da delimitação de objetivos concretos e respetivas ações a desenvolver no decurso do estágio. Reconhecemos que a importância desta metodologia já que é, deste modo, que nos mantém coerentes e focados ao longo de todo o percurso, evitando, assim, a abrangência e a dispersão de temas e objetivos não descritos. Assim, a realização do Projeto de Estágio revelou-se de primordial importância para a tomada de consciência de uma intenção que se pretende realizar no futuro, uma vez que permite explicar, de forma reflexiva, as atividades que se pretendem desenvolver durante o estágio, visando a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, e aprimorar o pensamento crítico, de forma a fazer a melhor escolha (baseada na evidência), o melhor julgamento e ampliar a observação crítica com o objetivo de alcançar os melhores resultados.

Apresenta-se uma análise, que tem início com o primeiro estágio realizado, no Serviço de Urgência (SU) num hospital privado, de seguida no serviço de Unidade Cuidados Intensivos (UCI) na mesma instituição.

Por questões de proteção de dados não serão identificadas pessoas ou instituições.

2.1. Estágio no Serviço de urgência

O estágio teve início a 17 de maio e terminou a 25 de junho de 2021, num total de 144 horas de contato.

De acordo com Hesbeen (2000) “o estágio é a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida” (p. 136). Outros autores como Alarcão e Rua (2005) consideram que os estágios são “momentos de aproximação à vida profissional, tendo, por isso, um papel relevante no processo de formação”. (p. 376).

O Atendimento Urgente de Adultos situa-se no piso 0 do Hospital, tendo entrada direta e individualizada para a rua, permitindo desta forma o acesso imediato e equitativo de toda a população ao

edifício. A funcionar 24 horas por dia, todos os dias do ano, o Serviço de Urgência destina-se ao diagnóstico e tratamento de problemas de saúde que carecem de atuação urgente ou emergente, tendo como principal objetivo disponibilizar assistência médica especializada, prestando cuidados de saúde imediatos, individualizados e de qualidade, direcionados à satisfação das necessidades alteradas por parte das pessoas que recorrem ao mesmo, procurando dar resposta a todas as situações agudas, graves, urgentes e emergentes, não programadas. Dispõe de um conjunto de serviços diferenciados e adequados de acordo com a situação da pessoa/cliente e sua família, visando a estabilização da sua situação clínica e a sua transferência para o serviço ou unidade de saúde de destino sempre que necessário à estabilização do seu estado de saúde, alta para domicílio ou cuidados ambulatoriais.

Relativamente ao seu espaço físico, o mesmo dispõe de diversas valências, que devido à pandemia Covid-19, sofreu ligeiras alterações, encontrando-se neste momento o Serviço dividido em Urgência Respiratória, para todas as pessoas/doentes que evidenciem ou refiram sinais e/ou sintomas relacionados com a doença Covid-19 (febre, tosse, dispneia, odinofagia, cansaço ou perda de paladar e/ou olfato), e Urgência Geral, para todas as outras situações que não do foro respiratório. No espaço referente à Urgência Respiratória existe uma sala de espera, um gabinete de triagem, uma sala de tratamentos, dois gabinetes médico, uma sala de reanimação e um SO com 13 boxes, duas das quais com pressão negativa. Na Urgência Geral dispõem de uma sala de espera, duas salas de triagem, duas salas de tratamentos, uma sala de ortopedia e uma sala de pequena cirurgia, permitindo desta forma a prestação de cuidados diferenciados, tendo em conta a polivalência que o Serviço acarreta, nove gabinetes de atendimento médico geral e uma sala de recobro de ambulatório. Dispõe ainda de uma copa, comum a toda a equipa multidisciplinar.

Quanto ao Circuito do Doente no Serviço de Urgência Geral, este inicia-se com a inscrição no secretariado/ admissão de doentes, em seguida é submetido à triagem. Este termo descreve o processo de escolha ou priorização de qualquer item: tarefa, produto, cliente.

No serviço em causa, é usada a Escala de Triagem Australiana (Australian Triage Scale - ATS). É realizada por um enfermeiro, que faz uma classificação do grau de prioridade de atendimento. Esta escala, segundo Fry (2002) compreende cinco categorias de urgência. A cada uma destas categorias corresponde uma série de descritores clínicos, que vão desde sintomas a parâmetros clínicos comportamentais. É uma escala de cinco prioridades baseada em tempo-alvo e cor. Não é aplicável à pediatria. As categorias são assim descritas:

- Categoria 1: imediata ameaça à vida – imediato
- Categoria 2: iminente ameaça à vida – 10 minutos
- Categoria 3: potencial ameaça à vida – 30 minutos
- Categoria 4: pacientes sérios potencialmente – 60 minutos
- Categoria 5: pacientes menos urgentes – 120 minutos

Após observação médica, prestação de cuidados e realização de exames complementares de diagnóstico, seguem-se as seguintes opções: o doente poderá ter alta clínica, ficar em observação no serviço de urgência, ser internado na Unidade de Internamento ou ser reencaminhado para outra Instituição de saúde. É um serviço que, para além de se articular com os restantes serviços do hospital, nomeadamente, todas as principais especialidades médicas e cirúrgicas, conta ainda com o apoio de Bloco Operatório, Centro de Imagiologia, Laboratório de Análises Clínicas, Serviço de Sangue (Imunohemoterapia), Serviço de Hemodinâmica e uma Unidade de Cuidados Intensivos. De modo a permitir o funcionamento das demais valências, este serviço dispõe ainda de uma vasta equipa multiprofissional composta por enfermeiros, médica especializada, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico especializados e administrativo.

Relativamente à equipa de Enfermagem esta é composta por 15 enfermeiros a tempo inteiro, cumprindo uma carga horária de 40 horas semanais, e 18 enfermeiros a tempo parcial, cumprindo uma carga horária de 20 horas semanais, divididos em 6 equipas, constituídas por 5 a 6 elementos cada, distribuídos em horário rotativo – Manhãs, Tardes e Noites. Tem implementado a Via Verde (AVC, Coronária e Sepsis), de forma a dar resposta imediata ao atendimento dos doentes com estas patologias no SU, e assim acelerar o diagnóstico e o tratamento com a maior brevidade possível.

De forma a garantir a continuidade de cuidados a passagem de turno é realizada junto a cada um dos sectores de trabalho, entre os enfermeiros alocados a esse posto. O chefe de equipa passa ocorrências da totalidade do serviço ao chefe da equipa seguinte, dando ênfase a situações mais complexas que possam estar presentes.

Apesar do vasto percurso profissional, o estágio realizado no serviço de urgência surge como um desafio que nos trouxe muitas inseguranças. Transportou-nos ao início da nossa vida enquanto profissional, pois um contexto novo impõe novas situações com as quais não estamos familiarizadas e às quais temos que dar resposta. No entanto, a experiência anterior permite-nos reconhecer situações vividas com outros doentes e aplicar o conhecimento no novo contexto, levando-nos de acordo com o Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem ao nível de competência de iniciada avançada (Benner, 2001).

Nesta caminhada académica, o estágio não tem como finalidade única o domínio de técnicas com destreza, mas estimular o pensamento crítico e o interesse pela investigação, adquirindo competências de enfermeiro especialista que permitam participar em tomadas de decisão de forma fundamentada. Para Abreu (2007, p. 72) “o conhecimento que advém da prática refletida é um saber fundamental porque é específico e inerente à ação, no contexto em que esta se desenvolve”.

No decorrer desse processo é essencial o enfermeiro ter capacidade de mobilizar para a prática conhecimentos adquiridos em contexto teórico, uma vez que “a ciência e a tecnologia promovem o desenvolvimento de uma prática como a de enfermagem” (Benner, 2001, p. 14). Para a autora, “não é

uma questão de escolha, quer do saber científico quer do saber da prática, mas antes de se saber como se relacionarem ambos” (2001, p. 14). Realçando a mesma ideia, Collière (1999) refere que é imprescindível “conjuguar a informação que vem das situações e os conhecimentos que permitem compreender e mobilizar essas situações”, uma vez que “os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida” (p. 257).

Para o processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista de enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, é importante que os estágios se desenvolvam em locais onde a prestação de cuidados ao doente crítico é uma realidade, pois é “particularmente determinante, para os cuidados de enfermagem, o meio institucional onde se desenvolve o trabalho (...)” (Collière, 1999, p. 279), sendo que “o hospital é o lugar privilegiado de aprendizagem” (1999, p. 108).

O desígnio da prática dos cuidados que executamos, priorizam a interação com a pessoa/família, a par com a importância da interiorização do respeito pelo outro e procura constante da satisfação das suas necessidades, para poder de alguma forma produzir um efeito positivo, promover o conforto e ganhos em saúde à pessoa.

O estágio no SU decorreu nos setores principais, sala de emergência, triagem e serviço de observação (SO), sala de tratamentos e serviço COVID-19, este último com maior número de turnos. A nossa adaptação ao ambiente do SU trouxe-nos momentos de ansiedade e stress, pela elevada afluência de doentes, momentos de dúvida, causados pelas solicitações de doentes, familiares e de colegas, e principalmente pela angústia de pensarmos não conseguir priorizar os cuidados da melhor forma e consequentemente não prestarmos cuidados com qualidade à pessoa em situação crítica. Com o decorrer do estágio, fomos superando estas complexidades, e isso foi possível através da facilidade que sentimos na integração e adaptação à equipa e orientador, do esclarecimento das nossas dúvidas e troca de experiências vividas por enfermeiros especialistas do SU, tendo em conta a conceção de que todos cuidam e são alvo de cuidados (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Ao longo do período de ensino clínico tivemos a oportunidade e liberdade de conhecer e familiarizar-nos com o serviço e seus intervenientes. A enfermeira orientadora, bem como os restantes elementos, deram-nos a oportunidade de observar, participar e interagir no serviço, possibilitando uma integração progressiva na equipa. Destaca-se a forma positiva como fomos acolhidos e integrados bem como o espírito de interajuda que sentimos através da equipa multiprofissional, sobretudo no que diz respeito aos enfermeiros, tendo sido preponderante para o nosso desempenho. De uma forma ou de outra, todos, mas mesmo todos, contribuíram para este processo de aprendizagem. Desde médicos a assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico. Enfim, não podíamos estar mais satisfeitos com a forma como nos receberam. Demonstrámos sempre disponibilidade para ajudar e participar em todas as atividades de enfermagem, tentando fazer parte integrante da equipa em que estávamos inseridos, sem nunca transpor

o nosso papel de aluna. Tivemos a oportunidade de compreender e conhecer algumas das dinâmicas, protocolos e normas de funcionamento do Serviço, disponíveis na intranet, bem como toda a equipa de enfermagem que se encontrava a realizar turno.

Sendo um serviço de urgência com uma grande afluência de doentes, a nossa integração no mesmo foi feita de uma forma gradual, sendo que, ao longo da primeira semana, procurámos sempre adquirir conhecimentos acerca do funcionamento da organização, mostrando uma atitude proativa e de interesse pela aprendizagem, possibilitando-nos desta forma adquirir competências no que se prende com a autonomia na prestação de cuidados.

De forma a facilitar a nossa integração e compreensão do funcionamento do serviço, durante os primeiros dias de estágio, procurámos dirigir esta atividade tendo em conta o percurso que a pessoa/doente realiza desde a sua admissão ao Serviço de Urgência, até ao momento de alta ou transferência para o SO ou outro serviço.

O circuito do doente no SU tem início com a inscrição na admissão de doentes, após o que aguarda chamada para a triagem. Esta “permite identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente (...)” (DGS, 2018). Em situações de maior gravidade pode entrar diretamente para a sala de reanimação, sendo triado posteriormente. Devido à quantidade de doentes que acorrem ao serviço de urgência, todos os dias, pelas mais variadas situações, a procura é muito superior à capacidade de atendimento, pelo que foi necessário criar um sistema que permitisse priorizar cada caso, tornando o sistema justo e equitativo. A triagem é um método de avaliar a gravidade dos doentes que, de acordo com Hinson et al. (2019), tem como objetivo “identificar e dar prioridade aos doentes com necessidades críticas de cuidados sensíveis ao tempo” (p. 140).

No SU, a triagem é realizada por enfermeiros experientes, conforme previamente referido é usada a escala ATS. Após realizar a classificação dos doentes, é atribuído, através de um sistema de cores [laranja (muito urgente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente) e o roxo (utilizada quando existe alergia medicamentosas)] e tem como objetivo definir o nível de prioridade através da identificação de critérios de gravidade, com posterior alocação da pessoa à área de atendimento mais adequada (Grupo Português de Triagem, 2015).

É um procedimento que, apesar de parecer simples, na realidade é bastante complexo e exige experiência e capacidade de comunicação com o doente e família. Durante o tempo que permanecemos na triagem percebemos que, apesar do fluxograma que deve ser seguido, existem outras particularidades que devem ser tidas em conta. Uma anamnese completa por parte do enfermeiro bem como a sua experiência vão alertar para pormenores que podem passar despercebidos a quem seguir apenas o algoritmo.

Durante os primeiros turnos tivemos a oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora na sala de triagem. Este setor revelou-se um desafio para nós. O contato com o protocolo, permitiu mobilizar

competências de identificação e prevenção de situações críticas. A triagem é o primeiro contacto da doente com o profissional de saúde, o enfermeiro. A relação entre eles é normalmente de um (doente) para um (enfermeiro), a partir daqui os profissionais têm uma multitarefa, ou seja, cuidam de várias pessoas em simultâneo, garantindo a segurança não só da pessoa que está a cuidar num determinado momento, mas de todas as pessoas que estão em atendimento no SU.

Nesta área de atuação, compreendemos como é importante a do uso de habilidades, criatividade e inteligência emocional para fazer face a situações delicadas, nomeadamente quando a pessoa/família tem o parecer que a sua situação é sempre mais urgente/emergente em relação aos restantes.

Segundo a norma da Direção-Geral da Saúde sobre triagem de Manchester e referência interna imediata (2015), “este sistema de triagem identifica perante os sintomas um critério prioridade não estabelece diagnósticos clínicos, em que a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão são suportadas por algoritmos, que garantem aos profissionais de saúde, num contexto de afluxo significativo de doentes, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce do doente e a garantia de uma oferta de cuidados ajustados às necessidades, com a maior qualidade e segurança” (p. 6). Esta particularidade foi um dos temas de reflexão com a enfermeira orientadora, perante situações, onde a perícia, o saber fazer e o saber ser permitem alcançar os resultados desejados. Apesar de não podermos realizar triagem, tivemos a oportunidade de colaborar nesta área, onde pudemos constatar que a comunicação e a empatia com o doente/família é determinante.

Não tendo formação no domínio da triagem, tentámos sempre colaborar com a enfermeira orientadora, particularmente no que se refere à avaliação de sinais vitais, acompanhar todo o raciocínio clínico realizado na recolha de informação pertinente à avaliação inicial da pessoa no momento de admissão no SU da pessoa em situação crítica no contexto de urgência e/ou emergência. Em doentes com sintomas e sinais compatíveis com AVC, de início até 3h, colaborámos no início ao protocolo de via verde AVC. Em doentes com sintomas e sinais de patologia cardíaca, tivemos autonomia sob supervisão para requerer eletrocardiograma (ECG) e fazer o devido acompanhamento/ encaminhamento para a sala de reanimação, acionando a equipa médica de Medicina, tendo sido diagnosticado, um bloqueio aurículo-ventricular completo, num dos casos. Uma situação que decorreu, no tempo que permanecemos na triagem tivemos a oportunidade de assistir a uma situação que, pela perspicácia, conhecimentos e experiência anteriores, foi possível fazer uma avaliação que permitiu reconhecer uma situação complexa e agir de forma antecipatória, o que provou a importância do enfermeiro da triagem.

Um doente, sexo masculino, 55 anos de idade, recorreu ao serviço de urgência com queixas de dor de localização um pouco inespecífica, referenciou “uma pontada nas costas”. Segundo o doente já tinha ido a outro SU, onde lhe foi diagnosticada uma dor muscular, foi medicado e enviado para a residência para recuperação. A enfermeira, apesar de o algoritmo a conduzir para uma prioridade baixa (pulseira verde), reconhecendo a complexidade da situação que poderia estar a ser vivenciada, aprofundou a sua

colheita de dados e prescreveu a realização de ECG de 12 derivações. Foi diagnosticado um Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), foi encaminhado imediatamente para a sala de reanimação onde lhe foi administrada terapêutica específica. Apesar das manifestações atípicas, reconhecer um EAM, e realizar um atendimento em tempo útil pode trazer um grande impacto na vida da pessoa. Assim, pouco tempo depois seguiu para a sala de hemodinâmica onde foi submetido a um cateterismo cardíaco.

O diagnóstico de EAM fundamenta na pessoa um sentimento de ansiedade, resultante do medo quanto à evolução da doença, do prognóstico e, de possíveis novos eventos potencialmente fatais, importa assim assegurar um ambiente calmo, que proporcione a redução do medo e da ansiedade (Mussi, 2004). O mesmo autor refere que o EAM ocorre de forma brusca, há uma ruptura com o cotidiano da vida destas pessoas, resultando na identidade pessoal suspensa. Perante o referido, as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são relevantes, para a promoção da autonomia e da capacidade de decisão. A corroborar com o exposto, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC), na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica são cuidar da pessoa, da família ou cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica, daí ser importante que o EEEMC disponha de um conjunto alargado de competências, entre eles conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica.

A afluência de doentes no SU, é enorme, imprevisível e com necessidades desconhecidas, tendo em conta o tempo de permanência do doente, e a falta de recursos humanos. A instituição estava a atravessar um período crítico, com falta de profissionais de saúde, e por essa razão sentimos necessidade de desenvolvimento maior da capacidade de adaptação, necessidade de priorizar, optar e adequar sem negligenciar cuidados foi um desafio. O EEEMC "...identifica prontamente focos de instabilidade. (...) — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade" (OE, 2011, p. 8656), a experiência da nossa orientadora, foi sem dúvida guia na melhoria da nossa prestação de cuidados.

Ao realizarmos turnos nos vários setores, embora maioritariamente tenhamos permanecido no SO e nas salas Covid-19, tivemos oportunidade de vivenciar inúmeras situações de cuidados complexos, difíceis de gerir pela imprevisibilidade de evolução e pela necessidade de resposta rápida e de gestão de prioridades.

Nesta continuidade, vamos partilhar uma outra situação, que se refere ao nosso projeto de intervenção, um doente com 90 anos, vivia com a sua esposa o qual cuidava da mesma pois tinha uma demência. Independente nas suas atividades diárias, até a data. Como antecedentes pessoais tinha HTA medicada, que segundo o mesmo controlava somente com dieta. Recorreu ao serviço de urgência no dia 24.05.21, trazido pelo filho, após uma queda em casa, há cerca de 10 dias, ao tentar ajudar a esposa no seu autocuidado, escorregou no tapete da casa de banho, batendo com a cabeça na esquina do armário. À entrada doente um pouco prostrado, apresentava náuseas vómitos, pupilas isocóricas reativas tamanho

3, ligeira diminuição da força muscular à esquerda, referia cefaleias, segundo o filho desde há dois dias apresentava-se um pouco esquecido e com falta de memória. Realizou Tomografia Axial Computorizada com urgência o qual revelou o diagnóstico de hematoma subdural pós traumatismo crânio-encefálico (TCE), foi encaminhado para o SO, após triagem. Tivemos a oportunidade de observar e identificar a situação de queixas do doente e atuar mediante as boas práticas; de refletir sobre as intervenções imediatas, transmitindo conhecimentos atuais, baseados em evidência atual e credível, tendo por base os dados recolhidos e adquiridos com a revisão integrativa da literatura e da nossa experiência profissional, uma vez que para nós estes doentes são bastante conhecidos. Prestámos cuidados ao mesmo, no tratamento imediato, com base em intervenções autónomas, instalámos o doente confortável no leito, elevando as grades da cama, pois apresentava-se um pouco confuso, procedemos à elevação da cabeceira 30º-40º para permitir uma boa perfusão cerebral, pedimos à nossa orientadora se podíamos deixar a pessoa de referência entrar, uma vez que o doente ficava menos preocupado /agitado, como intervenções interdependentes, avaliámos o estado neurológico, controlo tensional, permeabilidade das via área, administração de oxigenoterapia, gestão da dor e controlo das náuseas e vómitos, com administração de medicação, providenciámos o mais rapidamente possível a transferência do doente após a sua estabilização para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Tivemos oportunidade de o acompanhar até ao Bloco Operatório, uma vez que foi observado pelo neurocirurgião e tinha critérios para intervenção cirúrgica.

Segundo o artigo 9º do REPE, é referido que as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes, como autónomas “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” e como independentes “as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”.

As intervenções interdependentes prestadas ao doente com hematoma subdural resultante TCE têm por base monitorização e gestão, por parte do enfermeiro, no score neurológico (GCS) do doente, avaliação pupilar e reação à luz, sedoanalgesia, fluidoterapia, débitos urinários, valores analíticos, assim como parâmetros ventilatório, entre outros (relacionados entre si), prevenindo a equipa multidisciplinar para qualquer alteração significativa, atuando em conformidade. Nunca deixar descorar e sempre que possível, envolver o doente/ família/pessoa referencia na tomada de decisão.

No que se refere às intervenções autónomas de enfermagem, o enfermeiro especialista tem saberes científicos creditados, na qualidade e segurança do doente que lhe permitem prestá-las para benefício do mesmo. Durante o estágio pudemos melhorar a nossa prestação nesta área, estando mais despertos para

os estímulos externos do ambiente que envolve este doente. O serviço de urgência tem um ambiente provido de situações de stresse, ruído e agitação. Desta forma, as intervenções que prestámos direccionaram-se para a promoção de um ambiente calmo e com redução ou mesmo ausência de ruído. Para isso diminuámos o som dos alarmes de monitores, assim como restringimos a circulação de pessoas e procedemos ao encerramento de portas, pois que reduzem o som do ambiente envolvente. O posicionamento da cabeceira do doente entre 30º-40º, sem flexão cervical evitando a compressão na região das jugulares e artérias carótidas, promove o retorno venoso e conseqüente melhoria da perfusão pressão cerebral (PPC), sem que fizessem compressão da mesma artéria.

A promoção do conforto da pessoa é uma imperiosa prioridade, assim, ao prestar cuidados neste sentido, o EEEMC diligencia a adequada posição da cabeça evitando ao máximo a cabeceira a 0º (conduz à hipertensão intracraniana) e mantém o alinhamento cervical (que beneficia o mecanismo fisiológico da circulação). Manutenção de uma oxigenação adequada, evitando períodos de hipóxia, hipocápnia, pela vasoconstricção cerebral originar isquemia cerebral, otimizando-se um aporte de oxigénio adequado, assim como, a manutenção da permeabilidade das vias aéreas. Gestão da dor, com medidas não farmacológicas, ex.: massagem, cuidados com a adequada nutrição do doente, com controlo rigoroso da glicémia, evitando quer a híper, como a hipoglicemia, propulsoras de desenvolvimento de lesões cerebrais e proporcionar uma boa hidratação.

O hematoma subdural resultante de TCE é uma situação inesperada, complexa, geradora de stress e ansiedade quer no doente e/ou na família e/ou pessoa referencia, a incerteza do prognóstico, complicações, medo do desconhecido e dependência do doente.

É da competência do enfermeiro especialista, gerir de forma adequada conseqüências que esta situação crítica causa, promovendo, assim, um ambiente favorável ao criar uma relação terapêutica, utilizando habilidades da relação de ajuda, para os ajudar a ultrapassar esta situação com maior facilidade, uma situação vivenciada em estágio. Para Phaneuf (2005), as principais atitudes ou habilidades próprias da relação de ajuda, assentam na aceitação, no respeito e na empatia entre o doente e o enfermeiro. Para a autora a aceitação constitui a primeira condição para o estabelecimento de uma relação de ajuda, sendo “um sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e à sua maneira de ser sem exigência de mudança” (p. 337).

O enfermeiro especialista tem a competência da gestão da dor do doente, através da aplicação das escalas da dor, adequando a utilização das mesmas, tendo em conta o estado clínico do mesmo. Por esse motivo neste contexto, o profissional, deve aprimorar a resposta às necessidades do doente, com base na sua observação. A relevância desta observação evidencia-se quando, sem ser necessário ao doente mencionar, o EEEMC efetua a leitura das alterações à fisionomia do doente, ou seja, o profissional antecipa as necessidades da pessoa prestando cuidados evidenciados de qualidade resultantes de melhores *outcomes* para o doente. como referem Boykin & Schoenhofer (2013) está implícito a melhor

evidencia na prática de cuidados, resultante da investigação e interação de saberes. Ainda, os mesmos autores referem que a pedra basilar da enfermagem passa pela interação das pessoas, onde está presente a tríade pessoa, família e enfermeiro, e no final desta interação, todos crescem. Pensar sobre os cuidados que concedemos e como o processo reflexivo, é relevante pois faz nos repensar sobre as nossas posturas académicas, profissionais e pessoais (Caetano, et al, 2007), onde está implícito a interação como outro.

Uma abordagem holística do cuidar deve considerar a família como parte integrante do processo, a família é transversal ao ciclo de vida de cada indivíduo. Cuidar da pessoa e família em situação crítica implica que os enfermeiros harmonizem a mestria da tecnologia com a arte de cuidar que tão bem caracteriza a enfermagem. A Ordem dos Enfermeiros (2011) reconhece os cuidados de enfermagem à família como algo mais do que um simples ampliar da intervenção de enfermagem, definindo-os como o desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados. Efetivamente em contexto de urgência e emergência há uma preocupação grande de envolver os familiares nos cuidados, mas a família não é o alvo major, pois o foco não é a unidade orgânica que cada família constitui, mas sim as necessidades, sobretudo emocionais, daquele familiar naquele momento.

Sendo a sala de SO/Unidade Covid/Emergência, um ambiente crítico e restritivo para a pessoa doente, o distanciamento da família é inevitável tanto pelas rotinas hospitalares e pelo controlo de infeção, como pela alteração do estado de consciência que limitam a interação do doente com a família. A exigência de cuidados à pessoa em situação crítica não justifica a desvalorização da família que, neste momento, se submerge na possibilidade da perda, na insegurança e na incerteza. Este contexto desencadeia elevados níveis de stresse e de ansiedade nos doentes e nos familiares, moldando-lhes a capacidade de gestão da situação e condicionando, assim, o sucesso do processo de transição que frequentemente está implícito a um evento crítico.

Para garantir a continuidade dos cuidados em 2005, a Organização Mundial Saúde (OMS) nomeou “The Joint Commission International Center for Patient Safety”, definiu como meta a melhoria da comunicação em prol da segurança do doente (Santos et al, 2011). Isto contempla passagens de turno e transferências e deve ser também extrapolado para a comunicação interdisciplinar. A Direção Geral de Saúde (2011), define como o erro de comunicação uma ausência de informações, troca de informações incorretas, interpretação errónea ou erro de compreensão. Na comunicação as dificuldades podem emergir de vários problemas como informação desnecessária, falta de informações, informação pobre ou de qualidade variável, informação incoerente, equívocos e perda de informação em turnos sucessivos. Dai a implementação de um processo de comunicação efetivo implica a padronização da estratégia de comunicação para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados e a segurança do doente.

A sala de Covid/Emergência é uma zona crítica de um hospital na qual são admitidos doentes graves ou de risco. O enfermeiro está incluído numa equipa multidisciplinar, desenvolvendo atividades

interdependentes e independentes, de elevada complexidade e os sistemas de registo e comunicação são ferramentas essenciais para garantir a continuidade dos cuidados.

Pela primeira vez tivemos contacto, com o sistema de registos informático em uso, Sorian e Innovian relativamente ao processo de enfermagem, recorrendo à nomenclatura CIPE (2015), “a CIPE® consegue gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de Enfermagem (...) os resultados dos cuidados prestados aos doentes ou clientes podem ser avaliados relativamente aos diagnósticos e às intervenções de Enfermagem”, (p.15). Inicialmente a adaptação a este sistema de registos foi complicada, pareceu-nos pouco intuitivo, confuso e moroso, no entanto com a prática os tempos de resposta foram reduzindo adequando-se às necessidades dos doentes tendo em conta o seu processo e percurso.

O recurso a uma linguagem classificada é uma das questões que nos é sensível na nossa prática profissional. Exercemos funções exclusivamente em bloco operatório, até aproximadamente meio ano, não havia registos informáticos, desde então com implementação da uma plataforma BSimple. Iniciámos uma nova etapa, que permitiu a gestão do processo de enfermagem, minimizando as perdas de informação, permitindo o levantamento de diagnóstico e suas intervenções para cada doente. Documentar adequadamente os cuidados que prestamos e planeamos é pedra basilar para garantir a continuidade de cuidados e permite objetivar e quantificar os cuidados de enfermagem.

O enfermeiro especialista tem um papel deveras importante na dinamização e sensibilização da equipa para este aspeto, de forma a promover a melhoria contínua e a afirmação da enfermagem enquanto ciência do cuidar. A função de diagnóstico e vigilância relatadas por Benner (2001) é uma das competências de enfermagem que contribui para a promoção da segurança do doente, pois possibilita a deteção atempada de situações de deterioração clínica.

O enfermeiro proficiente é capaz de identificar a agravamento clínico, da pessoa antes que surjam alterações explícitas dos sinais vitais. O desenvolvimento da proficiência cruza-se muitas vezes com a aquisição de competências especializadas e, neste serviço, pudemos confirmar que o enfermeiro especialista é pedra basilar de uma equipa de enfermagem que preste cuidados à pessoa em situação crítica. O enfermeiro especialista é com frequência requerido pela equipa para dar a sua opinião acerca da congruência dos cuidados, assim como acerca do melhor plano para cada doente. Sendo assim, podemos concluir que as equipas precisam de especialistas e os doentes e familiares beneficiam com os cuidados dos mesmos. O enfermeiro especialista, para além de toda a perícia que possa adquirir com os anos de prática, detém um pensar diferente, mais abrangente, dotado de uma sensibilidade especial e de uma constante preocupação com a utilidade dos seus cuidados. Questiona cuidados e prescrições, analisa-os criticamente, não é um mero executor, como defende Benner (2001). Assistimos por diversas vezes à interação do enfermeiro especialista com a restante equipa e com outros profissionais, por exemplo, médicos, e foi gratificante desenvolvermos também esta capacidade que estes têm de expor o seu ponto de vista e articular esforços em prol do doente.

A passagem de turno de enfermagem realiza-se junto da unidade de cada doente, permitindo visualizar o doente e toda a monitorização, terapêutica e suportes implementados enquanto o colega apresenta o caso e o passa ao colega seguinte. A situação de doença crítica é complexa e exige respostas adequadas tanto para o doente como para os familiares. Para isso, o enfermeiro especialista mobiliza múltiplos conhecimentos e competências que lhe permitem responder em tempo útil às necessidades específicas daquela pessoa/família.

A prática da enfermagem encontra nas teorias a estrutura e a organização necessárias à organização dos cuidados, facilitam a análise e a colheita dos dados, maximizando o planeamento de um cuidar que se quer sistematizado e intencional, não fruto do acaso. Esta intencionalidade do cuidar foi um dos grandes focos de reflexão ao longo deste estágio e, para nós, reside aqui o cerne do pensamento da enfermagem especializada: identificar necessidades, potencializar faculdades e planear cuidados úteis, com uma finalidade, para a pessoa, para os familiares/pessoa cuidadora.

Ainda prevalece entre os enfermeiros a ideia de que as teorias da enfermagem pouco contribuem para a conceção e a execução de cuidados de qualidade. As teorias da enfermagem solidificam a base de conhecimentos da enfermagem, organizando o seu processo em torno de quatro conceitos centrais que servem de fundamento à disciplina de enfermagem e à sua prática: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente. Neste sentido, ao longo deste estágio refletimos também sobre esta temática e tivemos oportunidade de consolidar conhecimentos também nesta área. Para nós, efetivamente, a teoria de Callista Roy, um Modelo de Adaptação, é a que melhor suporta os cuidados que identificamos, planeamos e implementamos para as pessoas e famílias de quem tivemos oportunidade de cuidar. O Modelo de Adaptação Roy permite encarar a pessoa como um sistema adaptativo holístico em constante interação com o meio ambiente interno e o externo.

É da competência do enfermeiro especialista os cuidados na prevenção da infeção. pudemos perceber que os mesmos estão mais presentes nos setores de salas de emergência, SO, sala Covid e pequena cirurgia, do que na prestação dos cuidados aos doentes em balcão. Notamos que há uma preocupação bastante grande por parte dos enfermeiros em aplicar as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). Podemos constatar que nas várias zonas de atendimento ao longo deste serviço, existem várias informações com diretrizes sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), bem como todo o equipamento necessário e facilmente acessível.

Apuramos que o Enfermeiro de ligação com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) tinha muita preocupação com o uso de equipamento de proteção individual, principalmente na zona Covid, uma vez que estávamos a atravessar uma quarta vaga e a unidade Covid tinha uma taxa de ocupação bastante elevada.

Para além da preocupação com a proteção individual, o enfermeiro especialista deve zelar para o cumprimento dos feixes de intervenções implementados com vista à prevenção das IACS. Assim, pudemos observar e verificar os esforços que se vão desenvolvendo para o cumprimento destas normas.

Quanto à formação contínua é uma área que nos é particularmente sensível, pois somos incitadores da sua implementação, sendo um dos nossos objetivos ao frequentar este curso de mestrado, que contempla também o desenvolvimento das nossas competências formativas.

Assim, não podíamos passar pelo serviço de urgência, sem usufruir da oportunidade de observar e refletir sobre a forma como a formação acontece neste serviço. Procuramos desenvolver as competências recomendadas no âmbito do domínio das aprendizagens profissionais, tendo como linha orientadora o preconizado pelo Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro (p. 8649), segundo o qual o enfermeiro especialista “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.” Aprender é inerente ao ser humano.

A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem é primordial para a prestação de cuidados de qualidade ao cliente, possibilitando uma maior compreensão da dimensão da pessoa, num ambiente seguro. Só deste modo é possível responder de uma forma organizada, eficaz e eficiente às necessidades da pessoa em situação crítica e sua família. Durante o estágio, tivemos oportunidade de refletir sobre várias situações e colocar-nos em papéis que nunca antes tínhamos colocado. O nosso autoconhecimento foi fundamental e ter a noção das nossas virtudes e limitações, ajudou-nos a conseguir selecionar as situações em que deveria intervir e aquelas em que deveria ficar numa posição de observadora.

A formação não tem que se cingir apenas ao plano formal de formação calendarizada. Ela pode e deve ser espontânea e informal, e o enfermeiro especialista detém competências e responsabilidade para incluir a formação nas suas dinâmicas diárias. A formação integra a prestação de cuidados assumindo um lugar privilegiado para o acompanhamento da qualidade dos cuidados prestados pela equipa e para deteção de necessidades de formação, individuais e coletivas. Ao longo do desempenho das suas funções, o enfermeiro especialista deverá articular numa dinâmica constante as suas funções de gestor de cuidados, de supervisor e de formador, podendo utilizar esses momentos para potenciar a formação em serviço, por exemplo, promovendo a reflexão e o debate acerca dos problemas sentidos pela equipa, tem utilidade prática na resolução de problemas. Foi realmente gratificante observar a delicadeza e a subtileza que os enfermeiros especialistas neste serviço têm neste campo, sempre com a preocupação de supervisionar os colegas menos experientes e de lhes permitir o acesso a experiências novas e enriquecedoras.

Verificamos que os enfermeiros deste serviço tinham que realizar várias ações de formação ao longo do ano. Mesmo estando a atravessar uma fase pandémica não deixam de descurar, providenciando os diversos meios para o executar. Realizámos uma ação de formação subordinada ao tema “Intervenções

de Enfermagem à pessoa com Hematoma Subdural resultante de TCE”. Uma vez que esta urgência recebe bastantes doentes com esta patologia, a Coordenadora, a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira responsável pela formação, indo de encontro às nossas preferências, propuseram a realização desta formação. Inicialmente foi elaborado o plano da formação (apêndice II), para que não houvesse dispersão da temática, após a apresentação foi aplicado um questionário de avaliação (apêndice III) e efetuado o respetivo tratamento de dados (apêndice IV).

O desenvolvimento de competências de supervisão, iniciado com a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica assume-se como um eixo dinamizador da adoção de estratégias de supervisão colaborativa que visem a estreita articulação com os planos de formação em serviço. Neste estágio confirmamos que o enfermeiro especialista responsável pela formação usa os conhecimentos adquiridos, coloca-os em prática, aperfeiçoa-os e partilha-os com a restante equipa, estimulando a adaptação constante dos profissionais e seu ajuste aos contextos de trabalho, que atualmente, se encontram em mudança contínua devido à fase pandémica que estamos a atravessar.

Ao longo destas semanas mobilizámos para a prática os conhecimentos que adquirimos e desenvolvemos até aqui e potenciá-los através da sua aplicação e da reflexão crítica sobre os mesmos. Tornar-nos especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica é um processo de transformação e não apenas de aquisição de novas competências. Há todo um pensar específico do especialista que importa desenvolver. Os cuidados devem ser planeados, implementados e avaliados sob um prisma diferente, o prisma de alguém que reconhece e identifica atempadamente focos de instabilidade e que simultaneamente gere protocolos, assegura o controlo de infeção, não descurando o cuidado da família.

A realização deste estágio foi, para nós, um momento de crescimento e de desenvolvimento de competência, por permitir materializar as reflexões e as experiências vividas.

Todas as aprendizagens tornam-se ainda mais importantes no momento que nos encontramos a atravessar, pois todos estamos mais cansados e fragilizados e num serviço de urgência, como descrito anteriormente, o trabalho é esgotante e mesmo com todo o acréscimo de medidas, protocolos e trabalho todos sem exceção nos receberam com um extremo carinho e foram muitas as situações em que nos sentíamos como se ali trabalhasse mos, pois os colegas, médicos e auxiliares mantinham connosco uma relação idêntica àquela que apresentam com os profissionais com que trabalham diariamente. Enquanto aluna longe do nosso ritmo e do nosso ambiente foi de uma extrema importância, pois sentimo-nos acolhidos porque, para além de todos os receios com que iniciámos este estágio, também estávamos e continuámos mais fragilizados devido a esta pandemia, pois a carga de trabalho aumentou consideravelmente. Olhando agora para trás e fazendo esta introspeção parece-nos que não sei como conseguimos articular todas estas vivências que guardaremos para sempre.

2.2. Estágio na Unidade de Cuidados intensivos

O estágio teve início a 13 de setembro de 2021 e com o seu término a 27 janeiro 2022, tendo um período de 18 semanas e uma carga horária total de 388 horas, das quais 336h de contacto em regime presencial.

Optámos por este campo de estágio por se tratar de um Hospital com tecnologia avançada, referenciado a nível nacional, com a possibilidade de nos oferecer um conjunto de experiências e oportunidades de aprendizagem que outros hospitais com menos recursos não nos proporcionariam. É muitas vezes com a partilha de saberes que se conseguem operacionalizar, noutros locais, programas ou projetos que promovam, entre outros, uma gestão mais eficiente e eficaz dos cuidados que são prestados. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são caracterizados como cuidados “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida...” (Regulamento nº. 124/2011, p. 8656).

As Unidades de Cuidados Intensivos começaram a surgir nos anos 50 e têm vindo a aumentar progressivamente, devido a fatores como o aumento das indicações para admissão de doentes, a melhoria dos recursos de assistência intra e extra-hospitalar e a evolução de outras áreas médicas que necessitam do apoio da medicina intensiva (Direção Geral de Saúde, 2003).

A equipa desta UCI é constituída por 38 enfermeiros, 1 enfermeiro responsável, 22 enfermeiros contrato individual de 40 horas, 12 enfermeiros em regime de prestação de serviços com uma carga horária de 20 horas e 36 enfermeiros horário rotativo. É uma equipa jovem com idade média de 35 anos, maioritariamente na faixa etária dos 35-39 anos. Equipa em vários estádios de desenvolvimento, com predomínio de enfermeiros com mais de 10 anos de experiência profissional. A equipa de auxiliares de ação médica é constituída por 19 elementos, com média de idades de 31.5 anos, 19 elementos com experiência profissional em meio hospitalar e 4 para os quais é a sua primeira experiência. São distribuídas em números de 5 nas manhãs, 4 nas tardes e 2 no turno da noite.

Esta UCI tem dotação de 16 camas (boxes), tem capacidade para: ventilação mecânica invasiva e não invasiva; terapia de alto fluxo; execução de técnicas de depuração extra renal; broncofibroscopia; colocação de estimulador cardíaco externo provisório; realização de ecografia transtorácica e transesofágica; monitorização invasiva; isolamento, com pressão positiva ou negativa em três das boxes.

A admissão dos doentes na Unidade faz-se por transferência de outros serviços do Hospital, maioritariamente do Bloco Operatório por cirurgia programada. São também admitidos doentes do SU, Hemodinâmica e Serviços de internamento, bem como por proveniência de outros hospitais, mas esta última com pouca expressão.

De acordo com Pinho (2020), uma UCI é definida como uma unidade hospitalar complexa composta por sistemas de monitorização contínua que recebe doentes potencialmente graves ou descompensados, num ou mais sistemas orgânicos, que têm possibilidade de recuperar com suporte e tratamento intensivo.

“O papel dos enfermeiros foi sempre importante em toda a criação e evolução da Medicina Intensiva. Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) devem possuir um quadro médico próprio, ser constituído por médicos especialistas em Medicina Intensiva com presença física 24 horas/dia, assumindo a responsabilidade sobre admissões e alta dos doentes, bem como o plano de tratamento, terapêutica e grau de intervenção, não esquecendo articulação com os familiares. Deverá integrar também, Enfermeiros formados com as técnicas utilizadas nas unidades, necessárias aos cuidados ao doente crítico – via aérea, ventilação invasiva e não invasiva, monitorização hemodinâmica, monitorização cerebral, monitorização metabólica, diferentes técnicas de substituição renal e eventualmente hepática, membrana de oxigenação extracorpórea, etc. – além dos procedimentos comuns à atividade-base de Enfermagem” (p. 45).

Atendendo ao papel dos enfermeiros nas unidades de cuidados intensivos, no que diz respeito à aprendizagem, este campo de estágio apresentou-se uma componente formativa essencial, pois permitiu uma consolidação e aquisição de conhecimentos, de competências científicas, humanas e relacionais, a utilização e desenvolvimento de técnicas adquiridas durante o ensino teórico, de forma a facilitar a compreensão da assistência especializada de enfermagem à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica/e ou falência orgânica.

Os cuidados numa UCI são, por natureza, multidisciplinares num âmbito de atuação multiprofissional e têm por objetivo essencial prevenir a deterioração, suportar e recuperar funções vitais, de modo a que sejam criadas as condições para tratar a doença subjacente e as suas complicações e, deste modo, procurar proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade. Para esta concretização, são necessárias a concentração de competências, conhecimentos e tecnologias em áreas específicas adotando modelos organizacionais e metodologias que tornem alcançáveis esses objetivos. O enfermeiro da área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvo dos seus cuidados, exerce as suas competências especializadas com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação nas situações que requeiram meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica e desenvolve a sua prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Pela imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, a Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, centra a sua atenção

na pessoa em situação crítica. Esta, por definição, “(...) é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362). Perante a complexidade de conhecimentos e exigência crescente na diferenciação dos cuidados prestados aos doentes/família, no sentido de responder adequadamente às suas necessidades e expectativas, procuramos, ao longo do ensino clínico, prosseguir de modo a alargar o âmbito das nossas competências nos domínios científico, técnico, na formação e na gestão com base na evidência científica, tendo em vista a excelência e a qualidade no cuidar.

As UCI são locais onde se alia a alta tecnologia a uma grande exigência no cuidar. A crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos, assim como a complexidade dos doentes admitidos nestas unidades, justificam a necessidade de formação específica e especializada em que a fragmentação e especialização do conhecimento é cada vez mais uma realidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Tem como funções um conjunto abrangente de ações e procedimentos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento assegurados 24h por dia (Direção Geral de Saúde, 2003). Para dar resposta a este nível de exigência, é fundamental aprofundar conhecimentos bem como adquirir competências que permitam assegurar a qualidade de cuidados prestados, uma vez que deles depende a melhoria clínica do doente.

Os enfermeiros devem ser detentores de conhecimentos que lhes permitam ter capacidade de definir e alterar prioridades, capacidade de comunicação e de trabalho em equipa, de forma a poderem prestar cuidados de qualidade ao doente crítico. Sendo a busca pelo desenvolvimento de aprendizagens profissionais, que constituam uma base para processos de tomada de decisão, competência comum do enfermeiro especialista, a realização do estágio numa UCI possibilitou a aquisição de conhecimentos que nos permitiram desenvolver competências fundamentais para um desempenho com qualidade.

Durante este período tivemos oportunidade de desenvolver aprendizagens que permitiram atingir os objetivos propostos, bem como estabelecer contacto com situações da prática clínica que nos permitiram consolidar e interligar conhecimentos teóricos.

Procuramos sempre pautar a nossa prática por valores legais, éticos e deontológicos, mantivemos sempre presente o respeito pelo princípio da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, direitos e deveres dos doentes, bem como pelas normas deontológicas que regem a profissão, “uma expressão dos deveres que se fundam na responsabilidade – que é, ao mesmo tempo, dimensão essencial da profissão, princípio orientador do exercício profissional e compromisso com os princípios e deveres na relação com aquele(s) de quem se cuida” (Nunes L. , 2008, p. 80)

Contudo, o doente admitido na UCI corre o risco de despersonalização pelo ambiente de elevada componente técnica e pela afirmação da intenção de salvar uma vida, que leva o doente a ser observado

em função da doença que tem e não da pessoa que é. Não podemos deixar de referenciar uma jovem de 37 anos de idade, que após o parto desencadeou uma grande hemorragia, entrando em choque hemorrágico. A doente era testemunha de Jeová, com diretiva antecipada de vontade, para não lhe serem administrados quaisquer hemoderivados, mesmo que a falta destes colocasse a sua vida em risco. Neste sentido e de acordo com o Enunciado da Ordem dos Enfermeiros (2007), o consentimento informado “decorre do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa – está, assim, ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 1). Tivemos oportunidade de nos assegurar que durante o internamento na UCI, não houve necessidade de confrontar e analisar de forma ativa este dilema ético, todavia tivemos o cuidado de informar de uma forma cuidada e transmiti-la aos restantes elementos da equipa, inclusive aquando da sua transferência para o serviço de obstetrícia. O enfermeiro tem o dever de explicar, de forma assertiva, os riscos implícitos da sua decisão e refletir sobre os tratamentos alternativos para colmatar as necessidades da pessoa, caso seja da sua vontade (Nunes, 2011). Fazer escolhas morais e éticas não é nada simples, ainda que se respeite os princípios éticos na prestação de cuidados, todavia quanto melhor se estiver esclarecido sobre a avaliação do contexto e atento à necessidade de justificação das suas ações, mais "éticas" elas serão (Carper, 1978).

O serviço de cuidados intensivos caracteriza-se por receber doentes com elevada instabilidade (eletrolítica e/ou hemodinâmica), com grande risco de vida e com condições de saúde sujeitas a constantes alterações. Trata-se de um serviço de complexidade tecnológica, dotado de instrumentos e equipamentos sofisticados que, per si, não resolvem os problemas de saúde da pessoa em situação crítica, de modo a poder dar-se resposta às necessidades de prestação de cuidados, exigindo aos profissionais que aí exercem funções com intervenções rápidas e eficazes (Kelly et al., 2014).

A tecnologia é um aliado à prática de cuidados intensivos à pessoa em situação crítica, mas, para além dos aspetos técnicos, atividades administrativas, gerenciais e burocráticas, o cuidar em cuidados intensivos deve caracterizar-se por ser humanizado, cuidando a pessoa de forma holística, tratando-a como um todo e de forma singular, devendo prevalecer o senso crítico aos equipamentos tecnológicos, de forma racional e responsável.

As teorias de enfermagem representam um dos vários elementos que objetivam a consolidação como ciência na área da saúde. Elas explicam a complexidade e multiplicidade dos eventos no campo da saúde e servem como cabem na prestação de cuidados da UCI, no entanto, aquela que mais identificamos na prática de cuidados de enfermagem especializados é a de Patrícia Benner, que defende que os enfermeiros peritos/especialistas têm um elevado nível de insight para analisar intervenções de enfermagem em profundidade, podendo, inclusive, desenvolver novas teorias, modelos e pesquisas baseadas em filosofias holísticas e humanísticas destinadas à enfermagem individualizada, perceções e práticas de cuidado.

Um dos objetivos profissionais dos enfermeiros é tornarem-se num especialista em assistência de enfermagem individualizada para a prestação de cuidados de qualidade, o que implica o desenvolvimento das suas perceções e das suas competências (Ozdemir, 2019). O autor, defende que a enfermagem tem de desenvolver a base do conhecimento da sua prática (know-how) e, por meio da investigação e observação científicas, tem de começar a registar e desenvolver o know-how da perícia clínica. “Idealmente, a teoria e a prática formam um diálogo que gera novas possibilidades. A teoria deriva da prática e a prática é alterada ou alargada pela teoria” (Brykczynski, 2014, p. 125).

Numa perspetiva transversal, independentemente do local onde exercemos a nossa prática clínica, para o desenvolvimento idóneo da profissão temos o dever de usar o julgamento crítico e capacidade de tomada de decisão para procurar não só “o saber fazer”, mas também o “por que é que é feito” e em “que circunstâncias devo fazê-lo”, nunca desprezando o saber – saber, o saber – ser e o saber – estar. A UCI é um dos locais onde diferentes níveis de proficiência são mais que evidentes, fruto da experiência e do saber que cada profissional desenvolveu ao longo do seu percurso. Para este salto qualitativo, que todos ambicionamos, o papel de perito é fundamental na transmissão de conhecimentos para o seu par, sendo certo que o fator experiência determina muito a forma como ajuizamos e prevemos eventuais complicações na nossa prestação. “É através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a retirar o seu significado. (...). As competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial” (OE, 2017, p. 3). É neste sentido, que o modelo de aquisição de competências preconizado por Patrícia Benner descreve as características e comportamentos em cada nível de desenvolvimento de competências, identificando as carências em cada nível.

No que concerne à ligação entre a prestação de cuidados e as novas tecnologias, estão subentendidos os registos de enfermagem, peça fundamental do processo do doente (OE, 2011). Em contexto de estágio, na UCI, são realizados em sistema informático competências para a utilização da plataforma informática (“Sorian®” e Innovian”), fazendo os registos clínicos do doente, ambos permitem um acesso rápido eficaz à informação sobre o doente, recorrendo à nomenclatura CIPE.

Também neste contexto de estágio, durante a prestação de cuidados, em equipa multidisciplinar, fomos “discutindo” a situação clínica de cada doente, monitorizando e identificando focos de instabilidade com o objetivo de prevenir complicações. Posso dar como exemplo um doente sexo masculino com 37 anos de idade, sem patologia associada, que foi submetido a drenagem de hematoma subdural, após craniotomia por tumor cerebral (glioblastoma). À chegada encontrava-se ventilado, reativo a estímulos, sedoanalgesiado, trazia indicação para ser extubado o mais rápido possível. Após estabilidade hemodinâmica do doente mantinha-se, no entanto, com dificuldade em ser extubado, apresentava padrões hipertensivos. Desta forma, conversámos com o médico intensivista de serviço, foram reajustados os anti-hipertensores e administrados por sonda orogástrica. Uma vez que existia uma

máquina de gasimetria na UCI, procedemos à colheita de sangue arterial do doente, observamos resultados e transmitimos esses valores ao médico, e desta foram ajustados os parâmetros ventilatórios.

A DGS através da circular normativa nº 09/2003, refere a “DOR como 5º sinal vital” instituindo o seu registo sistemático. Em 2008 a OE publicou o “Guia Orientador de Boa Prática – DOR” corroborando a importância do controlo da dor na qualidade dos cuidados em que refere, “... o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (p. 17). Com isto, e como a dor provocada por hematoma subdural, manifesta-se frequentemente por dor de cabeça intensa, após a aplicação de medidas confortadoras, avaliámos inicialmente a dor do doente através da escala BPS, mais tarde, após a extubação, através da escala numérica. Como tentativa de erradicar o agente causador da dor procedemos ao correto posicionamento no leito, como cabeceira a 0º, sem flexão cervical, uma vez que tinha dreno colocamos o dreno ao longo do doente. O doente iniciou posteriormente esquema de analgesia, verificou-se a tolerância à dor e a eficácia da analgesia, sendo necessário efetuar alguns ajustes.

Pequenos sangramentos podem não manifestar qualquer sintoma e acabam por ser absorvidos de forma espontânea pelo organismo. Em situações de grandes hemorragias, o efeito de massa sobre o encéfalo pode resultar em cefaleias, défices neurológicos, coma ou morte pelo que é indicado o tratamento cirúrgico. “Os sintomas mais comuns que sugerem a drenagem cirúrgica são vômitos persistentes, cefaleias intensas, confusão mental, alterações de memória e paralisia, mesmo que leve, do lado oposto àquele da presença do hematoma” (Peixoto, 2015, p. 14).

O controlo da dor é fundamental para o processo de recuperação do doente e promoção do potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença. O enfermeiro especialista assume a “gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação (...) de protocolos terapêuticos” e a “referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais (...) envolvidos no processo de cuidados” (Regulamento n.º 361/2015, p. 17242). Assim, após a aplicação de medidas confortadoras e conseqüente correto posicionamento no leito (cabeceira a 0º sem flexão cervical), como tentativa de erradicar o agente causador da dor, uma vez que tinha dreno e drenagem ventricular externa, conversei com a médica que o tinha operado e com o intensivista de serviço, em consenso procederam à prescrição de analgesia, para o alívio da dor, e assim, numa abordagem individualizada, perceber a eficácia e a tolerância à analgesia, com necessidade de possíveis ajustes. Ao longo da prestação de cuidados fomos sempre explicando ao doente o que estávamos a fazer e o que se esperava dele, de forma a gerir a sua ansiedade. O doente respondia através de gestos e desta forma foi-nos possível também entender o que o preocupava.

A grande maioria dos doentes em cuidados intensivos, são doentes com necessidade de ventilação mecânica. Assim, estabelecemos como objetivo: prestar cuidados especializados ao doente com ventilação mecânica invasiva. Os doentes que estão em ventilação mecânica assistida por longos períodos

de tempo, apresentam dificuldade em ser extubados. É um processo moroso que carece de atenção ao minuto, pode mesmo chegar a durar semanas até se conseguir que o doente recupere a sua função respiratória espontânea. Tendo em conta a instabilidade do padrão hemodinâmico, procedemos à oxigenação e ventilação adequadas de acordo com a resposta do doente no que respeita à função pulmonar.

A aspiração de secreções em doentes ventilados mecanicamente é um procedimento realizado frequentemente. Assim, para se proceder à aspiração de secreções tivemos em atenção o evitar períodos de aspiração de secreções por mais de 15 segundos para prevenir a hipoxemia, tendo sempre o cuidado de pré oxigenar o doente com fração inspirada de oxigénio (FiO₂) a 100% durante pelo menos dois minutos antes de desconectar o ventilador tal como refere Diniz et al (2012).

Não podemos deixar de referenciar que neste serviço as técnicas dialíticas são executadas por um enfermeiro do serviço com formação específica nesta área, pelo que pudemos observar grande parte destes enfermeiros tem competências nesta área. Tivemos oportunidade de colaborar em técnicas contínuas de substituição renal (hemofiltração), o que foi bastante importante enriquecendo os nossos conhecimentos, uma vez que nunca tínhamos tido contato com esta técnica. Procedemos a pesquisa bibliográfica para aumentar o nível de conhecimentos nesta área, de forma a aperfeiçoar o desempenho profissional. Nestes doentes prestámos cuidados e tivemos mais atenção especialmente na vigilância e pesquisa de sinais inflamatórios no local de inserção do cateter, após cuidados de higiene e sempre que fosse necessário realizávamos o penso com técnica asséptica, tínhamos o cuidado sempre de vigiar a permeabilidade do acesso venoso, programação do aparelho de acordo com a prescrição clínica e sempre sob observação da orientadora, pesquisa de sinais de coagulação, controle de balanço hídrico, vigilância de parâmetros vitais, bem como substituição de solutos de reposição de potássio e do dializante. Tendo em conta a experiência destes enfermeiros, percebemos que a insuficiência renal aguda é muito comum em doentes críticos em falência multiorgânica em cuidados intensivos, em que, a preferência por métodos contínuos é determinada, principalmente, pela sua melhor tolerância hemodinâmica, derivada de uma remoção mais gradual de solutos e líquidos, permitindo menores oscilações na molaridade sanguínea e uma contínua adaptação do volume circulante. É sempre bom ressaltar que esta decisão é da competência médica.

Como já mencionado, o nosso estágio promoveu trocas de experiências da prática, assim como partilha de conhecimentos de ambas as partes (aluna/orientadora, orientadora /aluna), sempre baseada mais recente evidência, o que contribuiu para o nosso crescimento pessoal e profissional, assim como da equipa, da qual também fizemos parte.

No projeto de estágio havíamos planeado, tendo em conta as necessidades do serviço, a realização de formações e implementação de protocolos, com base em evidência atual e credível. Concretizamos na elaboração de um póster, sobre “Intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural

resultante TCE” (Apêndice XX), com o objetivo de melhoria da prestação de cuidados de enfermagem a doentes com esta patologia.

Tendo em consideração a nossa pouca experiência profissional na prestação de cuidados a doentes internados em UCI, neste contexto, o estágio foi bastante positivo. Foi extremamente importante ter contacto com uma realidade diferente, contacto com enfermeiros especialistas, que nos conceberam questionar as nossas práticas, a partilha de conhecimentos que nos permitiu modificar comportamentos, como por exemplo, consultar diariamente valores analíticos do doente, relacionando-os com parâmetros vitais, score neurológico, parâmetros ventilatórios e relação com família/pessoa significativa, refletindo e tendo uma atitude mais proactiva, perante a equipa multidisciplinar.

Em suma, os cuidados intensivos constituem um meio de assistência a pessoas com múltiplas patologias e necessidades e o nosso desempenho de funções caracterizou-se por uma atitude de constante vigilância e monitorização da pessoa em risco de/ou em falência orgânica/multiorgânica. O doente crítico carece de uma abordagem multidisciplinar e o enfermeiro especialista, como parte integrante desta equipa, torna-se fundamental para a monitorização, vigilância, manutenção e recuperação do mesmo. “Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, p. 19360). Põe esta razão supra citada as equipas com quem trabalhamos na UCI, possibilitaram-nos adquirir competências, na área da prestação de cuidados à PSC, na tomada de decisão refletida, com base na responsabilidade ética e social, assim como na aquisição de bases para uma atuação auto-orientada e autónoma.

3. Projeto de intervenção *major*: Intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante traumatismo crânio-encefálico

No estágio de cuidados intensivos foi realizado um projeto de intervenção *major* de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo. Foi seguida a metodologia de trabalho de projeto, que se resume num conceito: sistematização. Ruivo et al. (2010, p.2) referem que a metodologia de trabalho do projeto “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”, o que contribuiu para uma prática baseada na evidência. Como tal, a utilização da metodologia de projeto reforçou a necessidade de se estudar o tema em causa.

3.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação deve ser suficiente sucinto, rápido e claro por forma a identificar os problemas e determinar as necessidades. A etapa do diagnóstico de situação visa a produção de um mapa cognitivo e descritivo do problema identificado, sendo este um processo dinâmico e, como tal, a caracterização da situação deve ser contínua e atualizada (Ruivo et al., 2010).

Assim, o diagnóstico da situação foi realizado através de reunião informal, através de uma entrevista não estruturada, em consonância com a enfermeira orientadora de estágio, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o enfermeiro gestor e com a nossa Tutora, reconhecendo, em conjunto, a pertinência desta temática.

Ainda como instrumento de diagnóstico, foi realizada uma análise SWOT que, segundo Ruivo e Ferrito (2010), é um método mais utilizado para a elaboração de diagnóstico na investigação social. Assim, identificaram-se fatores potencialmente justificativos do projeto a desenvolver, e constam na análise SWOT (cf. tabela 1).

Tabela 1. Análise SWOT Serviço UCI HPL

	Positivo	Negativo
INTERNOS	Forças: - Condições físicas e estruturais, dispositivos de equipamentos e de monitorização para a segurança do doente; - Equipa dinâmica e disponível com elementos de referência que fomentam um espírito reflexivo e formativo nos restantes; - Enfermeiros na equipa que são formadores na área.	Fraquezas: - Rotatividade da equipa de enfermagem; - Desmotivação da equipa multidisciplinar devido à elevada carga de trabalho
EXTERNOS	Oportunidades: - Tema inserido nos padrões de qualidade de enfermagem; - Temática que integra as competências de avaliação do doente, pelo enf ^o especialista; - Unidade Hospitalar acreditada pela JCI; - Centro de formação interna, certificado e acreditado por entidade externa (AHA)	Ameaças: - Condições políticas atuais que podem comprometer os recursos humanos disponíveis e orçamentos.

Fonte: elaboração própria adaptado de Ruivo et. al (2010)

A salientar, a inexistência de um estudo anterior neste serviço sobre o tema proposto.

3.2. Objetivo de intervenção *major*

Tendo em consideração o diagnóstico de situação realizado, definiu-se como objetivo geral para o projeto de intervenção *major*: Melhorar continuamente a qualidade dos cuidados à pessoa com hematoma subdural resultante TCE.

Como objetivos específicos foram delineados os seguintes:

- Atualizar conhecimentos dos profissionais de enfermagem da UCI, sobre a prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com hematoma subdural resultante em TCE;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem na atuação e/ou abordagem à pessoa vítima de hematoma subdural resultante TCE.
- Alicerçar as competências de mestre e as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica.

3.3. Planeamento e execução de atividades

A fase do Planeamento e de Intervenção consistiu na definição de estratégias tidas como uma das etapas alicerçais do projeto de intervenção, em termos da relação entre os recursos e os objetivos

delineados. Por conseguinte e tendo por base o diagnóstico da situação, apresentam-se as atividades desenvolvidas que foram ao encontro dos objetivos delineados.

3.3.1. Intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de TCE: Revisão integrativa da literatura

INTRODUÇÃO

Os traumatismos crânio-encefálico (TCE) configuram-se como um problema de saúde pública, cuja incidência tem aumentado a nível mundial, constituindo uma das principais causas de morte, especialmente nas populações mais jovens. Os fatores etiológicos mais comuns para o TCE são as quedas da própria altura, os acidentes de trânsito, as agressões físicas violentas e as lesões associadas a atividades desportivas ou de recreio. Para além da lesão direta do traumatismo sobre as partes moles epicranianas e o crânio, o TCE pode complicar-se ao condicionar lesões intracranianas com repercussão encefálica, tais como: a contusão cerebral, o hematoma epidural, o hematoma subdural e o hematoma intraparenquimatoso (Ahmed et al., 2017).

O hematoma subdural traumático ocorre em cerca de 1 a 5% de todas as lesões traumáticas sobre o crânio e em 22% dos traumatismos crânio-encefálico graves. É mais frequente entre os indivíduos idosos, com uma incidência crescente com a idade, quase duplicando na faixa etária dos 65 aos 75 anos e atingindo os 286/100000, em pessoas com mais de 80 anos de idade (Mulligan et al., 2013).

O hematoma subdural resulta de um mecanismo de aceleração e desaceleração do cérebro mais ou menos violenta de acordo com a energia do traumatismo. Esse movimento do cérebro na caixa craniana condiciona a laceração de veias ponte, entre o cérebro e os seios venoso cranianos, ou de veias corticais, mais frequentemente nas zonas laterais dos hemisférios cerebrais (Oliveira et al., 2012). De acordo com os mesmos autores, pode ser classificado como: agudo, composto por coágulo fresco e sangue (48 horas); subagudo, composto por sangue e fluido (dias 2-14); crónico, composto por fluido (após os 14 dias).

Hematomas subdurais agudos sintomáticos que condicionem um desvio das estruturas medianas superior a 5 mm, que apresentem um volume superior a 30cm³ (quando supratentorial) ou 16cm³ (quando infratentorial), com espessura superior a 2 cm justificam, por norma, uma atitude cirúrgica (Badke et al., 2011). Nestes casos, o adiar a drenagem cirúrgica do hematoma condiciona o acumular de sangue no espaço subdural, e o aumento do efeito de massa sobre o encéfalo e da pressão intracraniana, o que compromete o retorno venoso cerebral e reduz a pressão de perfusão cerebral. Estas alterações são responsáveis pela interrupção e lesão estrutural direta do encéfalo, assim como pelas lesões isquémicas secundárias por défice de vascularização (Oliveira et al., 2012).

O doente com TCE requer intervenções de enfermagem para a obtenção de valores preditivos e scores de segurança do doente, assim como, de valor preditivo para a taxa de sobrevivência (Sillero-Sillero & Zabalegui, 2019). O papel da enfermagem no contexto desta doença desenvolve-se, numa primeira fase, na prevenção do traumatismo craniano primordialmente na pessoa idosa, ao atuar na educação para a prevenção de quedas, na identificação de doentes de risco e no esclarecimento das vítimas de traumatismo craniano e seus cuidadores, alertando-os para a possibilidade de sinais e sintomas tardios, que podem surgir nas semanas seguintes após o trauma inicial (Oliveira et al., 2018).

Os doentes com hematoma subdural requerem intervenções de enfermagem adequadas à gravidade da situação. Deste modo, o enfermeiro deve estar atualizado e possuir a capacidade técnica e a experiência profissional de forma a gerir o stress e tomar decisões imediatas, definindo prioridades de atuação com estes doentes. A ação correta e atempada pode melhorar significativamente o estado neurológico da pessoa, a falência na intervenção dessas medidas pode levar a lesões cerebrais secundárias com consequências na recuperação de funções neurológicas. No contexto do tratamento do hematoma em fase aguda ou sintomática, a enfermagem assume um papel fundamental na monitorização do estado neurológico e instalação de défices neurológicos ou instabilidade hemodinâmica de novo (Pereira et al, 2011).

A incidência populacional vítima de hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico, decorrente de quedas, polipatologias e esquema terapêutico medicamentoso, nomeadamente anticoagulantes, suscitou a reflexão para a questão de investigação, que sustenta este estudo, subsequente da prática profissional em contexto hospitalar. O objetivo principal é mapear a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico realizando-se, para tal, uma revisão integrativa da literatura.

MÉTODO

Esta revisão integrativa partiu da seguinte questão: quais são as intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico? Na estruturação desta questão recorreu-se à metodologia PICO, obtendo-se deste modo:

P - Participantes: pessoa com hematoma subdural, resultante de TCE

I - Intervenções: intervenções de enfermagem

C - Comparações: não aplicável

O - Outcomes: as intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante do TCE.

A pesquisa foi realizada no período temporal de janeiro 2011 a dezembro 2021, na plataforma EBSCO Host, nas bases de dados eletrónicas CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MedicLatina, na Biblioteca do Conhecimento Online b-on. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde e em inglês MESH “nursing”, “craniocerebral trauma”, “subdural hematoma”, “older adult”, articulados com os operadores booleanos AND, OR e AND, respetivamente. Os critérios de inclusão

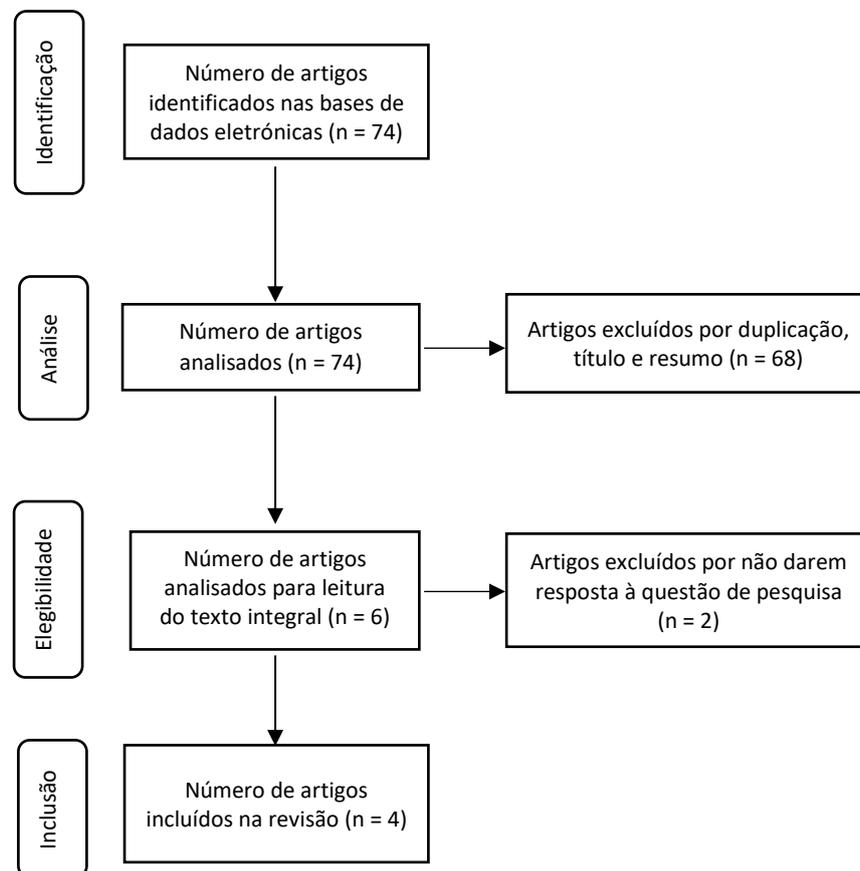
foram: artigos com texto integral publicados nos últimos 10 anos, redigidos em português e inglês, indexados nas bases de dados supracitadas, que abordassem o tema em estudo. Sendo considerados como critérios de exclusão todos os estudos que não se enquadram nos critérios de inclusão.

RESULTADOS

Dos resultados da pesquisa obtiveram-se um total de 74 artigos, que após remoção dos duplicados (12) e após a análise dos títulos e resumos (56) obtiveram-se para leitura integral 6 artigos. Após a avaliação da pertinência dos conteúdos e da sua qualidade metodológica através da Critical Appraisal Skills Programme (CASP), a amostra final ficou constituída por 4 artigos.

Escolheu-se a metodologia de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Joana Briggs Institute, 2015), para sistematizar o processo de inclusão dos mesmos.

Figura 2: Diagrama de fluxo PRISMA (adaptado) do processo de seleção de artigos



Nesta revisão foram incluídos 4 artigos científicos, os quais estavam disponíveis na: CINAHL Complete (3), MEDLINE, MedicLatina (1). No sentido de clarificar os resultados obtidos, recorreu-se à sistematização da análise dos artigos segundo um instrumento adaptado do manual metodológico para Revisões Scoping do Joanna Briggs Institute (Aromataris & Munn, 2020), destacando as características principais dos artigos

analisados e respetivos resultados (Quadro 1). O período de publicação dos artigos é compreendido entre os anos 2011 e 2021.

Quadro 1- Síntese dos estudos incluídos na Revisão Integrativa

Estudo; Autores; Ano	Amostra; Tipo de estudo	Objetivos	Resultados
E1 Xiaodan, et al. 2021	49 pacientes no grupo de controlo e 49 pacientes no grupo de observação, submetidos a tratamento cirúrgico. - Caso Controle	Explorar o efeito da intervenção da enfermagem especializada combinada com a intervenção de continuidade pós alta, sobre a função motora, qualidade de vida e as complicações dos pacientes após traumatismo crânio-encefálico.	A enfermagem contínua pode ajudar a orientar os doentes/famílias para aprenderem o autocuidado pessoal, manter o paciente estável, melhorar e restaurar a saúde; A enfermagem especializada combinada com a enfermagem de intervenção de continuidade, tem um efeito superior na melhoria da função motora e qualidade de vida dos pacientes após um trauma craniocerebral; A enfermagem especializada deve prestar sempre atenção ao estado mental do paciente. Muitos doentes podem vivenciar emoções negativas, tais como depressão e desilusão, devido à incapacidade a longo prazo de dominar a capacidade física; Os enfermeiros/ prestadores de cuidados/ família devem persuadir e encorajar os doentes a terem pensamentos positivos e cooperar ativamente no processo; Após um trauma craniocerebral, a função motora do membro é prejudicada, o que leva a um declínio na qualidade de vida, por isso, é necessário restaurar a função motora o mais cedo possível para melhorar a capacidade de autocuidado e qualidade de vida; A enfermagem de intervenção de continuidade pós-alta, melhora a capacidade de autocuidado a longo prazo e a qualidade de vida de pacientes; O exercício funcional precoce pode promover a restauração das funções fisiológicas, reduzir a probabilidade de deficiência e acelerar a recuperação da função dos membros; A enfermagem de intervenção de continuidade baseia-se nas características do paciente, dividindo o processo de recuperação em diferentes fases; A enfermagem especializada desenvolve um plano para o paciente, ajudando-o a iniciar o exercício precocemente, reduzindo a permanência na cama e a incidência de infeções, escaras e outras complicações; Os resultados mostram que a enfermagem especializada combinada com a enfermagem de intervenção de continuidade, tem a capacidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir a probabilidade de complicações pós-operatória.
E 2 Silva et al 2021	Revisão integrativa da literatura	Elencar os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I que podem ser propostos para pacientes internados com TCE.	Foram elencados 18 diagnósticos de enfermagem (DE); Os DE encontrados relacionados com alterações psicológicas foram principalmente ansiedade, controle emocional instável, memória prejudicada, baixa autoestima situacional e distúrbio do padrão do sono; Um achado significativo foi observado no número de pessoas com TCE que após o trauma apresentaram ansiedade, isso mostra que apesar de ser um sentimento frequentemente relatado nos dias atuais pela população em geral, é algo que incomoda e

			<p>interfere a qualidade de vida dos indivíduos, pois, nem todos estão preparados para lidar com inquietações;</p> <p>Em relação aos comprometimentos físicos os que mais provocaram instabilidade foram: mudanças no padrão respiratório, troca de gases prejudicada traduzida em má perfusão tecidual, comunicação verbal prejudicada, mobilidade física prejudicada, volume de líquido deficiente e integridade da pele prejudicada favorecendo assim, o risco de infecções;</p> <p>A dor aguda foi também um diagnóstico frequentemente verificado durante os cuidados, avaliado em alguns pacientes durante a realização de procedimentos de enfermagem como a aspiração traqueal;</p> <p>A dor é algo frequentemente observado nas vítimas de traumas e as evidências mostram que alguns fatores como a mobilização e execução de técnicas influenciam na sua percepção pelo paciente;</p> <p>Medidas de controlo da dor são essenciais para fornecer o melhor conforto possível aos pacientes, principalmente nas vítimas de traumas em que a repercussão e a dor aguda são intensas;</p> <p>A dor aguda decorrente do trauma pode ser influenciada por fatores de diversas ordens: biológicos, emocionais, espirituais e socioculturais;</p> <p>Alterações biológicas como taquicardia, dispneia, nervosismo, confusão, desespero e emocionais como o sentimento de impotência;</p> <p>Foram encontrados outros diagnósticos de enfermagem, tais como, hipertermia e termorregulação ineficaz;</p> <p>Os efeitos da hipotermia para o paciente após sofrer um TCE com quadro de hipotermia, apresentava menor valor na escala de Glasgow, o período de internamento é prolongado e a taxa de mortalidade mais elevada;</p> <p>Para pacientes que demonstraram alterações de temperatura, foram propostos os DE: Hipertermia, hipotermia e termorregulação ineficaz, todos incluídos no domínio 11 da NANDA-I referente a segurança/proteção.</p>
E 3 Raszka et al 2018	Estudo de caso	Apresentar os problemas de enfermagem do paciente após uma lesão craniocerebral como resultado de um tiro.	<p>Realização de medições regulares dos sinais vitais e a avaliação do estado neurológico pode ter um impacto na rápida deteção e prevenção de complicações;</p> <p>Ter em conta a gravidade dos sintomas ou parâmetros e reagir adequadamente a quaisquer alterações perturbadoras;</p> <p>Problema 1- Risco de deterioração da Condição do Doente após Cirurgia;</p> <ul style="list-style-type: none"> . Problema 2: Agressão; . Problema 3: Problemas de dor; . Problema 4: Défice em autocuidado e auto-educação; . Problema 5: Dificuldade em manter a higiene corporal; . Problema 6: Risco de alterações patológicas (Camas/abrasões/Feridas); . Problema 7: O risco de infeção do trato urinário; . Problema 8: Menor humor como consequência da lesão;

			<ul style="list-style-type: none"> . Problema 9: Risco de infecção da ferida pós-operatória da cabeça; . Problema 10: Dificuldade de movimento; . Problema 11: Dificuldade em preparar o doente para o regresso ao domicílio. <p>Um défice neurológico avançado num paciente após lesão craniocerebral requer uma abordagem holística do paciente e o envolvimento de toda a terapêutica equipa no processo de diagnóstico, tratamento, reabilitação ou psicoterapia.</p>
E4 Saputro et al 2020	Revisão sistemática da literatura	Conhecer o papel do enfermeiro no tratamento da pressão intracraniana para melhorar o estado hemodinâmico no paciente com traumatismo craniano.	<p>A gestão dos ferimentos na cabeça começa com a monitorização, a realização de intervenções, a implementação e a avaliação a partir do tratamento tanto da pressão intracraniana como do ferimento;</p> <p>O estado intracraniano e hemorrágico do paciente que inclui a pressão arterial, frequência respiratória, pulso, temperatura, saturação de oxigénio e o nível de consciência;</p> <p>A atuação no aumento da pressão intracraniana (PIC), envolve a administração adequada de oxigénio, controlo, hiperventilação, tratamento de drenagem, tratamento diurético e hiperosmolar, gestão hipotermia, controlo da craniectomia descompressiva, posicionamento;</p> <p>A gestão orientada para o controlo da perfusão cerebral;</p> <p>Na ventilação inadequada pode causar a hipoxemia e a hipercapnia que agravam a PIC;</p> <p>A administração de oxigénio adequado pode diminuir a pressão intracraniana de modo a evitar o seu aumento;</p> <p>Na gestão do controlo da hiperventilação a pressão intracraniana pode ser feita com a elevação da cabeça;</p> <p>O enfermeiro deve certificar-se do correto posicionamento dos sistemas de monitorização invasivos;</p> <p>No controlo eletrolítico utilizar solução salina hipertónica 10% melhor do que o manitol 20% na prevenção da isquemia cerebral;</p> <p>O paciente deve ter o volume intravascular adequado para prevenir a hipertensão e a lesão secundário cerebral;</p> <p>A gestão da pressão intracraniana pode ser realizada, tal como a gestão de líquidos, osmoterapia, gestão da temperatura e controlo glicémico.</p>

Para avaliação da qualidade dos estudos selecionados, foi utilizado um instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (“Critical Appraisal Skills Programme”, 2019). Foram assim, elaboradas as listas de verificação de acordo com a metodologia de cada um dos estudos, apresentando o Estudo1 uma pontuação de 9/11 (88%), o Estudo2 uma pontuação de 8/10 (80%), e o Estudo 3 e 4 uma pontuação de 9/10 (90%), conforme tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 2 - Lista de Verificação CASP Estudos de Controle de caso

Itens	Did the study address a clearly focused issue?	Did the authors use an appropriate method to answer their question?	Were the cases recruited in an acceptable way?	Were the controls selected in an acceptable way?	Was the exposure accurately measured to minimise bias?	(a) Aside from the experimental intervention, were the groups treated equally?	(b) Have the authors taken account of the potential confounding factors in the design and/or in their analysis?	How large was the treatment effect?	How precise was the estimate of the treatment effect?	Do you believe the results?	Can the results be applied to the local population?	T o t a l
Estudo												
E1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	9

Cotação: Yes – 1; Can't tell – 0; No – 0

Fonte: elaboração própria com base nos dados de Critical Appraisal Skills Program Checklists, 2019

Tabela 3 - Lista de Verificação CASP Estudo Revisão Qualitativa

Itens	Was there a clear statement of the aims of the research?	Is a qualitative methodology appropriate?	Was the research design appropriate to address the aims of the research?	Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	Was the data collected in a way that addressed the research issue?	Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	Have ethical issues been taken into consideration?	Was the data analysis sufficiently rigorous?	Is there a clear statement of findings?	How valuable is the research?	T o t a l
Estudo											
E2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8
E3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9

Cotação: Yes – 1; Can't tell – 0; No – 0

Fonte: elaboração própria com base nos dados de Critical Appraisal Skills Program Checklists, 2019

Tabela 4- Lista de Verificação CASP Estudo Revisão Sistemática

Item	Did the review address a clearly focused question?	Did the authors look for the right type of papers?	Do you think all the important, relevant studies were included?	Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?	If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?	What are the overall results of the review?	How precise are the results?	Can the results be applied to the local population?	Were all important outcomes considered?	Are the benefits worth the harms and costs?	T o t a l
Estudos											
E4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9

Cotação: Yes – 1; Can't tell – 0; No – 0

Fonte: elaboração própria com base nos dados de Critical Appraisal Skills Program Checklists, 2019

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A temática das intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de (TCE) é alvo de estudos recentes, como observado pelos anos de publicação dos artigos, publicados na China, Brasil, Polónia e Indonésia.

Os resultados apurados indicam que o papel do enfermeiro se revela muito importante no processo de cuidados, tratamento, reabilitação e educação da pessoa doente com lesão craniocerebral.

A importância da intervenção do enfermeiro no acompanhamento do paciente/família desde a ocorrência do episódio, até à preparação pós-alta (Xiaodan, et al., 2021), depreende-se com a realização de monitorização, implementação e avaliação a partir do tratamento tanto da pressão intracraniana como do ferimento (Saputro, et al., 2020). Emerge, que o défice neurológico avançado da pessoa após a lesão craniocerebral requer uma abordagem holística do paciente (Raszka, et al., 2018).

A realização de avaliações regulares dos sinais vitais e a avaliação do estado neurológico pode ter um impacto na rápida deteção e prevenção de complicações (Raszka, et al., 2018). Nesta perspetiva, emergem na literatura os seguintes problemas: risco de deterioração da condição do paciente após cirurgia; agressão; défice em autocuidado e autoeducação; dificuldade em manter a higiene corporal; risco de alterações patológicas (camas/abrasões/feridas); risco de infeção do trato urinário e de infeção da ferida pós-operatória; dificuldade em preparar o paciente para o regresso ao domicílio (Raszka, et al., 2018); problemas de dor (Raszka, et al., 2018 & Silva, et al., 2021); dificuldade de movimento (Xiaodan, et al., 2021 & Silva, et al., 2021 & Raszka, et al., 2018); menor humor (Raszka, et al., 2018); ansiedade; controle emocional instável; memória prejudicada; baixa autoestima situacional; distúrbio do padrão do sono (Silva, et al., 2021); depressão e desilusão (Xiaodan, et al., 2021); mudanças no padrão respiratório; troca de gases prejudicada traduzida em má perfusão tecidual; volume de líquido deficiente; comunicação verbal e integridade da pele prejudicada (Silva, et al., 2021) o que leva a um declínio na qualidade de vida (Xiaodan, et al., 2021 & Silva, et al., 2021).

Do estudo realizado, emerge a importância da abordagem holística do paciente e o envolvimento de toda a equipa terapêutica. Acresce que 50% dos estudos identificam a utilização da Escala de Coma de Glasgow para avaliação do estado de consciência, em vítimas de trauma e lesões cerebrais.

Das intervenções de enfermagem no paciente com lesão craniocerebral, destacam-se a avaliação neurológica através da Escala de Coma de Glasgow (Silva et al., 2021 & Raszka, et al., 2018 & Saputro, et al., 2020), monitorização de parâmetros vitais (Xiaodan, et al., 2021 & Silva et al., 2021 & Raszka, et al., 2018 & Saputro, et al., 2020), controlo da dor (Silva et al., 2021), administração de terapêutica (Raszka, et al., 2018), gestão da intensidade da dor e seleção de instrumentos adequados - VAS - Visual Analogue Scale (Raszka, et al., 2018), administração de analgésicos (Raszka, et al., 2018), monitorização da pressão intracraniana, administração adequada de oxigénio, avaliação da hiperventilação, diurese e hiperosmolaridade, monitorização da hipotermia, hipertensão, temperatura corporal e glicémia capilar (Saputro, et al., 2020), realização do posicionamento (Xiaodan, et al., 2021 & Saputro, et al., 2020), elevação da cabeça (Saputro, et al., 2020), vigilância do correto posicionamento da monitorização invasiva (Saputro, et al., 2020), prevenção do risco de infeção (Raszka, et al., 2018), promoção da segurança/proteção (Silva et al., 2021 & Raszka, et al., 2018), vigilância da alimentação (Raszka, et al.,

2018), habilidades na comunicação não-verbal (Raszka, et al., 2018), realização da higiene do paciente (Xiaodan, et al., 2021 & Raszka, et al., 2018), avaliação do estado nutricional do paciente (Raszka, et al., 2018), avaliação das necessidades psicológicas e sociais (Xiaodan, et al., 2021 & Raszka, et al., 2018), educação do paciente/família sobre o estado de saúde e alta (Xiaodan, et al., 2021 & Raszka, et al., 2018).

Os resultados da investigação salientam que a intervenção de enfermagem especializada deve prestar sempre atenção ao estado mental do paciente. Por continuidade, os enfermeiros/ prestadores de cuidados/ família, devem persuadir e encorajar os pacientes a terem pensamentos positivos e cooperar ativamente no processo (Xiaodan, et al., 2021).

O processo de enfermagem é um dos métodos mais utilizados para (re) organizar e direcionar os cuidados de enfermagem, dividido em cinco etapas que se encontram interligadas, nomeadamente a colheita de dados, elaboração de diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções, implementação e avaliação. A relevância na prática do processo de enfermagem como instrumento metodológico de trabalho nos serviços de saúde, guia as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem, uniformiza o diálogo entre os envolvidos no cuidar, valoriza a categoria ao se apropriar de algo que é privativo no desempenho de seu trabalho, aplicando o conhecimento técnico científico da enfermagem. O diagnóstico de enfermagem é uma das etapas do processo de enfermagem, que consiste no agrupamento das informações reunidas no momento da realização da anamnese. A elaboração dos diagnósticos, vai guiar a definição do plano de cuidados e o estabelecimento de prioridades (Silva, et al., 2021).

A enfermagem depende do desempenho profissional nos diferentes contextos de atuação, dar visibilidade ao desenvolvimento de diagnósticos na área da população vítima de TCE promove cuidados qualificados de enfermagem (Silva, et al., 2021).

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, a qualidade dos cuidados de enfermagem tem registado avanços muito significativos, muito devido, à crescente preocupação dos enfermeiros com a sua prática, na procura da melhor e da mais recente evidência científica. Através da investigação o enfermeiro pode refletir e questionar problemas decorrentes da sua prática, o que poderá suscitar e gerar ideias inovadoras.

O processo de enfermagem como instrumento metodológico de trabalho, é uma prática fundamental nos serviços de saúde, pois guia as ações a serem realizadas pelos profissionais de enfermagem, padroniza o diálogo entre os envolvidos no cuidar, valoriza a categoria e o desempenho do seu trabalho, permitindo aplicar o conhecimento técnico científico da enfermagem.

A salientar que as intervenções do enfermeiro no paciente com lesão craniocerebral têm especial destaque, desde o acompanhamento do paciente/família no início da ocorrência do episódio, até à preparação pós-alta. Acresce, que intervenções de enfermagem adequadas diminuem o período de internamento e a taxa de mortalidade. Os resultados obtidos indicam que o papel do enfermeiro cumpre

uma importante tarefa no processo de cuidados, tratamento, reabilitação e educação à pessoa com lesão craniocerebral.

A literatura revela lacunas na investigação dirigida aos diagnósticos de enfermagem e intervenções aos pacientes com hematoma subdural resultante de TCE. Uma parte significativa das pesquisas relatam as manifestações clínicas durante o cuidado de enfermagem, mas não descrevem os diagnósticos e as intervenções. Assim, como limitação verifica-se a escassez sobre a temática das intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de TCE, em oposição, emerge uma oportunidade de excelência para futuros estudos.

Sugere-se a realização de mais investigação no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de TCE, para ampliar o conhecimento efetivo da sistematização da intervenção de enfermagem, com a implementação de diagnósticos e intervenções à pessoa com hematoma subdural, a fim, de contribuir para a melhoria da prática clínica e desenvolvimento da prática reflexiva.

3.3.2. Póster científico

Foi elaborado um póster científico (Apêndice VII), após a realização da revisão integrativa da literatura, para posteriormente divulgar junto da equipa o conhecimento científico adquirido e baseado na evidência. O póster foi apresentado a 20 de dezembro de 2021, na sala de reuniões do serviço. À projeção assistiram 20 enfermeiros que exercem nesta UCI, sendo-lhes fornecida uma cópia em formato digital.

A prática baseada na evidência científica tem ganho um grande ímpeto na enfermagem, a qual deve ter em consideração os resultados da investigação, conhecimentos da ciência, conhecimentos clínicos e opinião de especialistas.

Quando a evidência é utilizada para definir a melhoria das práticas em vez de apoiar as práticas existentes, os cuidados de enfermagem acompanham os últimos avanços e tiram partido dos novos desenvolvimentos do conhecimento.

A integração da prática baseada na evidência no exercício diário da enfermagem tem o potencial de melhorar o ambiente, bem como os resultados à pessoa cuidada. É essencial que os enfermeiros construam o seu corpo de conhecimentos, normalizem a prática e melhorem os resultados dos cuidados prestados (Abu-Baker et al, 2021).

3.3.3. Protocolo de intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico

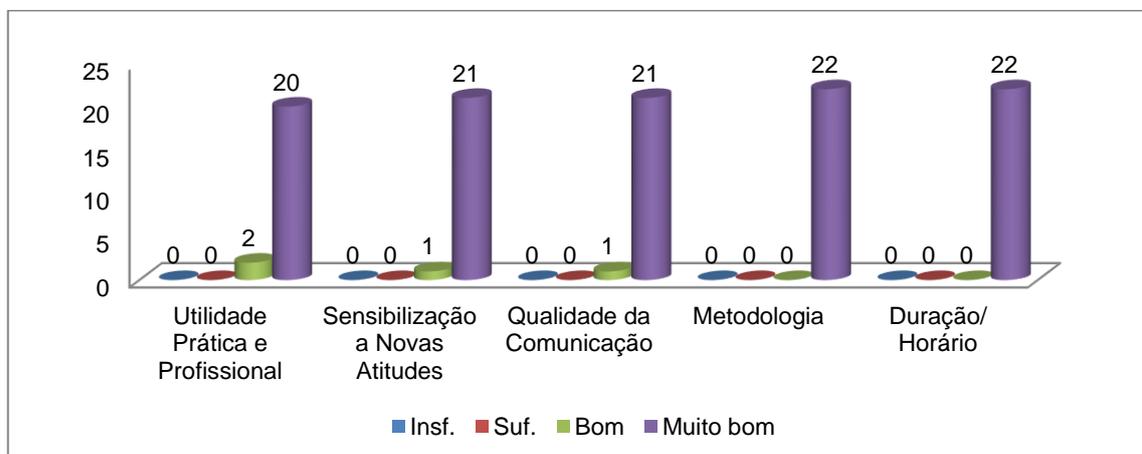
Elaborámos também um protocolo de intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico (Apêndice VI). Apesar de não ter sido aprovado pelo Hospital, uma vez que na instituição a aprovação de protocolos é um processo complexo, ficou disponível no serviço para consulta dos enfermeiros, como forma de promover intervenções que resultem em outcomes à pessoa vítima de hemorragia subdural resultante de TCE. Desta, consideram-se como principais intervenções de enfermagem a avaliação neurológica, monitorização de parâmetros vitais, o controlo da dor, a segurança/proteção, do estado nutricional e da pressão, ainda, a educação do doente/família sobre o estado de saúde, habilidades na comunicação não-verbal, prevenção do risco de infeção e realização do posicionamento.

3.4. Avaliação de intervenção *major*

Como forma de se avaliar a intervenção *major*, após a apresentação do póster científico aos enfermeiros da UCI, distribuiu-se um inquérito por questionário, que continha 5 itens: utilidade prática e profissional, sensibilização a novas atitudes, qualidade da comunicação, metodologia e duração/horário, avaliados numa escala de tipo Likert, de quatro pontos (1. Insuficiente; 2. Suficiente; 3. Bom; 4. Muito Bom).

Aos itens de avaliação colocados obtiveram-se os resultados que se apresentam de seguida. Como se pode constatar, a sessão de apresentação do póster teve um balanço bastante positivo, tendo sido considerado, na maioria dos enfermeiros, classificaram os cinco itens de “muito bom” (cf. gráfico 1).

Gráfico 1. Resultados da avaliação da apresentação do póster científico



4. Desenvolvimento e aquisição de competências

Para Le Boterf, citado por Sapeta (2011, p. 99), “para construir e operacionalizar as suas competências, um indivíduo precisa de sentido”, ou seja, saber agir responsável, que implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades num determinado contexto, possibilitando a gestão de situações profissionais com crescente complexidade, ao que deve acrescer um conhecimento aprofundado num determinado domínio especializado do saber em Enfermagem.

Este ponto do relatório permite-nos analisar e refletir sobre as competências adquiridas e desenvolvidas no decorrer dos estágios, e para isso recorreremos aos contributos dos estágios, da nossa experiência anterior, e das unidades curriculares lecionadas no mestrado.

As competências comuns são as partilhadas por todos especialistas, independentemente da sua área de especialização. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista divide-as em quatro domínios (OE, 2019):

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade
- c) Gestão dos cuidados
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Cada um destes divide-se em unidades de competência, onde estão descritos critérios de avaliação, que “devem ser vistos entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.” (Diário da República, 2019, p. 4745).

As competências específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica, são três, todas têm um descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação. A OE (2018) apresenta-as da seguinte forma:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) 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.

De acordo com a Universidade de Évora (2015), os estudantes do curso de mestrado devem desenvolver as seguintes competências:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

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

A presente análise resulta da práxis para o desenvolvimento de competências especializadas na área de enfermagem na vertente da pessoa em situação crítica.

A prática reflexiva inicia-se quando os praticantes problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga (Jarvis, 1999). É um diálogo entre pensar e fazer através do qual a pessoa se torna mais hábil, baseia-se na ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação (Schön, 1983). Ao refletirmos, no momento presente, a humanização dos cuidados emerge como uma dimensão que sempre nos causou especial interesse e dedicação

Sendo que, as competências de mestre acabam por estar profundamente relacionadas às competências comuns e específicas do EEEMC, iremos assim justificar a sua execução através da descrição e fundamentação das atividades realizadas na concretização das competências comuns e específicas.

4.1. Análise reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

Sendo que a definição de competência é análoga às várias áreas do saber, inclusive, para a enfermagem. Camelo e Angerami (2013) referem que a construção da competência equivale a um processo de transformação individual que compreende a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Os autores sustentam que todos

estes saberes são determinantes para que haja da parte do enfermeiro um saber-transformar, isto é, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de prática clínica.

- Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

- Competências de mestre

3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais

No intuito de prestar cuidados de enfermagem de qualidade é fulcral a promoção da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Como forma de dar resposta ao desenvolvimento destas competências tivemos a necessidade de realizar a revisão de conceitos fundamentais à nossa profissão. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro artigo 88.^º - da excelência do exercício (2015): *“O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Desta forma, a pesquisa foi uma constante ao longo do estágio, e foram aprofundadas questões éticas, deontológicas e legislativas que serviram de fundamento para tomadas de decisão. Desenvolver competências, implica sermos capazes de elaborar um julgamento clínico e sermos capazes de tomar uma decisão. Os estágios assumem-se como o expoente máximo do nosso processo de aprendizagem, uma vez que é nos mesmos que nos pomos à prova e nos desafiamos. Temos a plena consciência que o desenvolvimento de competências em contexto real tem outro impacto, pois permitiu-nos integrar as experiências de forma mais sólida e consubstanciada, dando assim continuidade à construção da identidade como enfermeira especialista. A realização dos dois estágios revelou-se uma experiência bastante enriquecedora, tanto a nível profissional, como a nível pessoal.

Consideramos que o enfermeiro especialista deve ser um elemento de referência perante a restante equipa de cuidados. Para isso, é necessário que adquira e desenvolva conhecimentos de enfermagem baseados em evidência científica. A construção de uma base de conhecimentos sólida fundamenta a tomada de decisão, tanto no domínio da prestação de cuidados diretos à pessoa, como nos restantes domínios de ação do enfermeiro.

Também as aprendizagens decorrentes das unidades curriculares, nomeadamente “Epistemologia, ética e direito em enfermagem” serviram as bases teóricas para fundamentarem a nossa ação. O trabalho efetuado nesta unidade curricular permitiu-nos efetuar um documento sobre “Objeção de Consciência em Enfermagem”, que se constituiu como um direito fundamental consagrado constitucionalmente e estatutariamente referido pela OE. Confrontado com questões éticas que implicam tomadas de decisão complexas, este é um recurso com o qual o enfermeiro se pode dotar. No SU uma situação relacionada com um doente em choque hipovolémico, que professava a fé das Testemunhas de Jeová, e por isso recusava transfusão de componentes de sangue ou seus derivados levou-nos a questionar este assunto a orientadora e restante equipa. O doente teria que ser submetido a uma cirurgia, e implicava possível risco de hemorragia aguda grave. Nesta situação, o que aconteceu foi que foram encontradas soluções para a pessoa tivesse acesso aos cuidados de saúde de que necessitava. Desta forma, o doente foi consultado e acedeu à solução do recurso a um “cell-saver”, ou seja, a injeção do próprio sangue perdido durante a intervenção, respeitando a vontade do próprio e o direito à objeção de consciência dos profissionais.

Enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem. Prezamos sempre por fazê-lo, mesmo nas situações de abordagem à pessoa em situação crítica, explicando o que se estava a passar e que procedimentos que iriam ser realizados, obtendo o consentimento informado da pessoa. Considero os fatores anteriores fulcrais para o estabelecimento de uma relação terapêutica, facilitando a expressão de sentimentos e diminuindo os fatores geradores de stresse presentes quer no doente como na família/pessoa significativa. Nesta linha de pensamento, destaco também que nas situações de emergência, o consentimento pode ser presumido, sendo este aplicado na *“pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa”* (Direção-Geral da Saúde, 2015). Ao enfermeiro é inevitável guardar a informação do doente e partilhá-la apenas com aqueles que se encontram implicados devidamente no processo e plano de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, durante os estágios prezamos por assegurar a confidencialidade da informação, evitando ao máximo transmitir informações à pessoa doente ou pessoa significativa em espaços conjuntos. No SU estas situações tornam-se mais problemáticas pela grande afluência de pessoas no serviço.

O aprimorar de competências ao nível das questões éticas e de responsabilidade advém da experiência e da relação quotidiana com a pessoa alvo dos cuidados. A ética e a responsabilidade, princípios inerentes e constituídos no código deontológico dos enfermeiros, apresentam-se como a base do cuidado humanizado em enfermagem, sendo os pilares da prática da profissão e que foram basilares em ambos os estágios.

De forma igualitária à minha prática profissional, durante os estágios respeitei a proteção dos direitos humanos, a segurança, a privacidade, a intimidade e a dignidade da pessoa doente, bem como dos seus

familiares ou pessoa significativa. Assim adquirir competências no âmbito da garantia da prática de cuidados sob respeito dos direitos humanos, as responsabilidades profissionais e a prática de cuidados.

De acordo com o exposto, consideramos que as competências supracitadas foram adquiridas e desenvolvidas.

- Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade

B3 – Cria e mantém um ambiente seguro

- Competências de mestre

5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais

A qualidade em saúde define-se como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e alcança a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho, 2015). O mesmo despacho refere ainda que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem surgiram em 2001 e refletem essa necessidade e preocupação, com o intuito da melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

A nossa integração nos locais de estágio decorreram de forma gradual, nas duas primeiras semanas incidiram na compreensão do funcionamento e organização dos serviços, tendo em conta todo o percurso do doente, desde a sua entrada no serviço até à sua alta. A nossa atitude foi sempre proativa e manifestante interesse pela aprendizagem de normas, protocolos e dinâmicas dos serviços.

Nos serviços onde realizamos estágio, existem áreas prioritárias como seja o risco de úlceras de pressão e a avaliação do risco de queda, que são indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, e que tivemos oportunidade de avaliar.

A avaliação do risco de úlceras por pressão é essencial no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento, é aplicada a escala de Braden a todos os doentes da UCI. Quanto à avaliação do risco de queda, esta é efetuada a todos os doentes, sendo utilizada a escala de Morse. Após estas avaliações seguidamente é efetuado um plano de intervenções individualizado, conforme o nível de risco.

Na fase inicial dos estágios, identificamos também as necessidades de melhoria na área da qualidade, em conjunto com a orientadora, o gestor e coordenador dos serviços. Face às equipas bastante jovens com escassa experiência, e com muitos enfermeiros em integração, compreendeu-se que o PI *major* seria uma necessidade em ambos os campos de estágio.

Uma vez que as intervenções de enfermagem às pessoas vítimas de TCE são complexas e podem minimizar as sequelas do traumatismo, tornou-se importante focar esta temática tendo como objetivo a melhoria da qualidade. Este é um problema de saúde pública, e face à evidência científica, a sua ocorrência tem vindo a aumentar a nível mundial.

Elaborar o projeto de intervenção permitiu-nos seguir uma linha orientadora, centrada num problema real, que nos conduziu ao desenvolvimento de competências relativamente à elaboração, gestão e colaboração na execução de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados.

Na instituição, a passagem de informação do doente recorre à metodologia de ISBAR, que é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), como linha orientadora para as informações pertinentes a transmitir, indo ao encontro pela recomendação emanada pela Direção-Geral da Saúde (2017). Assim, ao passar aos enfermeiros a informação sobre os doentes pudemos constatar que o objetivo, é a redução de incidentes na comunicação, através da padronização da comunicação na transição de cuidados.

Há que referir que durante o estágio na UCI, efetuamos o transporte de doentes em situação crítica de doença, intra-hospitalar (Bloco Operatório, TAC, técnicas de gastro e Angiografia), para isso tivemos de executar um correto planeamento, antecipando possíveis intercorrências, (instabilidade hemodinâmica, agravamento do padrão respiratório, agravamento do score neurológico). Nesta instituição, o Bloco Operatório situa-se em frente à UCI, o que reduz o risco de complicações associados ao transporte de doentes com recurso a elevadores.

O estágio no SU implicou atenção e vigilância reforçada, a sobrelotação e grande rotatividade de doentes no serviço, associadas à situação pandémica podem levar à ocorrência de eventos adversos ou mesmo a erros. Por esta razão, mantivemos sempre presente a relevância de manter um ambiente seguro, esclarecendo dúvidas com a orientadora e equipa multidisciplinar, refletindo de forma crítica, pesquisando e procurando a mais recente evidência científica.

Os cuidados especializados do enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica, requerem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, sendo que a sua prática deve ter como pedra basilar a qualidade, por forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro, com vista a melhoria contínua dos cuidados prestados (OE, 2018).

Consideramos que pelo exposto conseguimos desenvolver e adquirir as competências propostas.

- Competências no domínio da gestão de cuidados

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação com na equipa multiprofissional

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados

- Competências de mestre

1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada

As competências no domínio da área da gestão dos cuidados incluem “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Estas competências passam não só pela gestão de recursos humanos, como também pela gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como pela gestão dos próprios cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A gestão está implícita nos cuidados de várias formas, potenciando a qualidade dos mesmos ou a organização e racionalização de recursos humanos ou materiais. É importante desenvolver a nível individual estratégias e competências que permitam uma melhor gestão dos cuidados, potenciando a elaboração, a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar.

Tivemos necessidade de aprimorar competências no que concerne à gestão dos nossos cuidados, quer no tempo, materiais e prioridades. Possuímos já algumas competências neste nível, mas aprimorámos e desenvolvemos competências para um campo mais direcionado à gestão de um serviço, de uma equipa, otimizando competências ao nível do processo de cuidados e ao nível da tomada de decisão.

A gestão é um domínio que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Quer no serviço de urgência quer na UCI, tivemos a oportunidade de realizar alguns turnos com os enfermeiros coordenadores, no intuito de perceber as atividades desenvolvidas diariamente no âmbito da gestão, de recursos materiais e humanos, e qual a complexidade dos mesmos, compreendendo a forma como são geridas as diferentes equipas, como é realizada a distribuição dos enfermeiros, como são realizados os pedidos de materiais e como são geridos os stocks de materiais.

Identificamos as funções do enfermeiro especialista na área da coordenação e gestão, como, por exemplo, a revisão e reposição dos stocks de medicamentos e materiais consumíveis e não consumíveis

essenciais no serviço, a gestão e manutenção dos materiais para esterilizar e reposição nas respetivas áreas de utilização, na realização do horário de distribuição dos enfermeiros pelas várias áreas para as vinte e quatro horas seguintes; a gestão de transportes, espólios, perícias médico-legais; alcoolémias; realização de pedidos extraordinários; solicitação de reparação ou substituições de materiais; articulação com a equipa médica na gestão de altas; gestão de conflitos; supervisão de tarefas e avaliação da execução das mesmas, garantindo a segurança e a qualidade, entre outros.

Ainda durante os turnos de coordenação/gestão tivemos a oportunidade de proceder à deteção das necessidades de materiais e equipamentos para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, tendo conhecimento dos circuitos e métodos de reposição de materiais, assim como a importância da coordenação na orientação, supervisão e avaliação dos cuidados prestados, como promoção da segurança e qualidade.

Importa referir também que a UC de “Gestão em Saúde e Governação Clínica” trouxe-nos contributos muito positivos, quer pelos seus conteúdos, quer pelo trabalho “Liderança em Enfermagem” onde aprofundamos temas como a liderança, motivação e conflitos.

Consideramos, pelo exposto ter desenvolvido e atingido as competências propostas.

- Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o conhecimento e a assertividade

D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

- Competências de mestre

2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular

É um dever ético e deontológico “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Decreto-Lei nº 104/98).

Durante os estágios, promovemos a procura de conhecimentos atualizados e cientificamente válidos. A revisão da literatura efetuada, sob o tema “Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Hematoma Subdural resultante de Traumatismo Crânio-encefálico”, ao contribuir para o desenvolvimento da disciplina da enfermagem demonstra isso mesmo.

Procurámos desenvolver as competências recomendadas no âmbito do domínio das aprendizagens profissionais, tendo como linha orientadora o preconizado pelo Regulamento n.º 122/2011, de 18 de

fevereiro (Ordem dos Enfermeiros, 2011), segundo o qual o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.” Aprender é inerente ao ser humano.

A formação permanente contribui para a prática pedagógica do enfermeiro, quando possibilita refletir a sua própria práxis. Nos serviços onde realizámos os estágios a formação foi uma constante, não apenas restringida a uma sala onde está um formador, mas sim em vários momentos aos longo dos turnos. Como referimos as equipas eram constituídas por elementos jovens e com pouca experiência na área, por essa razão os chefes de equipa, enfermeiros especialistas em EMC, acabavam por, em vários momentos esclarecerem dúvidas e orientarem o trabalho dos colegas. Estes episódios tornaram-se para nós numa mais valia quer pela informação recebida, quer pela experiência na supervisão de pares. Desta forma, foi fundamental o trabalho em equipa que se configura como “um processo dinâmico multidisciplinar, mas também interdisciplinar” (Sapeta & Alves, 2018, p. 1). As mesmas autoras referem ainda que “o trabalho em equipa só é realizado quando as perícias dos diferentes grupos profissionais se intersejam e, em conjunto, elaboram um plano assistencial que converge para o mesmo objetivo”.

Dando seguimento às necessidades das equipas e ao desenvolvimento da temática o PI, no SU foi realizado uma sessão de formação sob o tema “Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Hematoma Subdural resultante de Traumatismo Crânio-encefálico”, e posteriormente foi aplicado aos enfermeiros que assistiram um questionário de avaliação da sessão, com ótimos resultados (Apêndice III). Na UCI, foi realizado e apresentado um protocolo sobre “Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Hematoma Subdural resultante de Traumatismo Crânio-encefálico” e um poster científico onde foram explanados os resultados da revisão integrativa da literatura sobre o mesmo tema. Todos os trabalhos ficaram disponíveis para consulta à posteriori.

Na necessidade de partilha de experiências, conhecimentos e projetos em curso estive presente em dois eventos científicos:

- V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu nos dias 25 a 27 de outubro 2021 sob o tema “E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica? (Anexo II)
- X Jornadas Nacionais de Enfermagem e VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Escola de enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorreu no dia 9 de junho de 2021 sob o tema “O valor de uma Enfermagem com valores (Anexo I)

Realço a importância dos conteúdos lecionados nas UC “Investigação em enfermagem” e “Formação e supervisão em enfermagem”, que contribuíram para o nosso enriquecimento pessoal e profissional.

De acordo com o apresentado, consideramos que as competências referidas foram adquiridas e desenvolvidas.

4.2. Análise reflexiva competências específicas do Enfermeiro Especialista na área Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica e Mestre em Enfermagem

Para cada uma área da especialidade foram estabelecidas competências específicas dos enfermeiros, que segundo a OE (2019, p. 4745) “(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área da especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades da pessoa”.

Nesta fase do relatório, será realizada a reflexão ao desenvolvimento e aquisição de competências específicas ao EEEMC à pessoa em situação crítica, sendo que simultaneamente iremos também associar e fundamentar as competências de Mestre em enfermagem.

- Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC

K1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

- Competências de mestre

4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

O contacto com o doente crítico impõe-nos experiência profissional e envolve enorme complexidade de cuidados.

As experiências decorrentes dos locais de estágio permitiram-nos ganhos que nos levaram de forma gradual a gerir, e abordar a pessoa em situação de doença crítica. Não obstante, a experiência profissional vivenciada ao longo de muitos anos no serviço de bloco operatório, essencialmente com doentes do foro neurocirúrgico também nos auxiliaram na gestão cuidados ao doente crítico.

No SU tivemos a oportunidade de contactar com diversas situações de instabilidade, principalmente causados pela Covid-19, de referir que neste serviço a grande maioria dos turnos foram alocados à sala de doentes do foro respiratório SO. Esta realidade também fez com que fosse essencial a pesquisa bibliográfica constante, e essencialmente aprofundar conhecimentos na área da doença do coronavírus.

No decorrer da nossa permanência na UCI, tivemos a possibilidade de desenvolver um conjunto de atividades, como prestação de cuidados à pessoa que vivencia um processo complexo de doença crítica, o acolhimento, articulação com a equipa multiprofissional administração de protocolos terapêuticos complexos e comunicação terapêutica com a família. Cooperamos nos cuidados de enfermagem

especializados à PSC em inúmeras situações tais como: pneumonias com necessidade de ventilação invasiva, paragem cardíaca em fibrilhação ventricular, doentes com hematoma subdural, doentes que tiveram Covid-19 e estavam agora num processo de recuperação como o desmame ventilatório, choque séptico com falência multiorgânica, status pós-cirurgia torácica e cirurgias cerebrais tumorais. Estes cenários foram sem dúvida bastante enriquecedores, pois conseguimos aprofundar e adquirir novos conhecimentos e diariamente tivemos a oportunidade de dar o nosso contributo nos cuidados à PSC com base na nossa experiência profissional e na formação académica, desenvolvida ao longo do ano nos conteúdos teóricos.

Durante o estágio, em contexto de UCI, com os conhecimentos adquiridos ao longo do estágio, adquirimos suporte para uma melhor gestão das intervenções de enfermagem em todos os doentes, dando prevalência aos doentes com hematoma subdural resultante TCE. Nestes doentes tivemos sempre o cuidado com o adequado posicionamento, avaliação de score neurológico, avaliação da Pressão Intracraniana (PIC), Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Média (PAM). Durante a aspiração de secreções ou higiene e conforto no leito, tivemos especial atenção a sinais de agitação do doente, relacionando os valores do Índice Bispectral (BIS), com a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) e a Behavioral Pain Scale (BPS), fazendo a gestão da sedoanalgesia, de acordo com a sua resposta aos estímulos, e com os dados que tínhamos disponíveis (observação e evidência).

O doente com hematoma subdural resultante de TCE, necessita de cuidados complexos, o que por vezes sobrevaloriza a tecnologia, em detrimento da pessoa como um todo, ou seja, na sua versão holística. Apesar da importância da monitorização, importa ver o doente como uma pessoa detentora de crenças, valores, sentimentos, cultura, família, pelo que a resposta da equipa multidisciplinar deve ser dirigida e adequada de forma a satisfazer as necessidades da pessoa como um todo, tornando-a assim mais humanizada.

Destaco a importância da UC médico-cirúrgica onde foi possível frequentar o curso de Suporte Avançado de Vida e o *International Trauma Life Support* (ITLS).

Como se demonstra pelo descrito, consideramos que as competências descritas foram atingidas e desenvolvidas.

- Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC

K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

Conhecer o plano de emergência do Serviço de urgência é importante. Conforme a OE (2010) o Enfermeiro Especialista em PSC tem como competência específica “dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência com multivítimas, da conceção à ação” (p.3). A enfermagem à pessoa em

situação crítica emerge como a área de especialização mais diferenciada para dar resposta a estas situações, e para isso profissionais devem deter formação humana, técnica e científica que lhes permita responder de forma especializada e eficaz em contextos mais complexos.

Neste sentido tivemos oportunidade de nos primeiros dias de estágio tomarmos conhecimento e consultarmos o plano de emergência de ambos os serviços.

No SU, a nossa orientadora era responsável pelo plano de catástrofe do serviço. Iriam ter uma auditoria por uma entidade acreditadora, e por essa razão tivemos que rever o plano e verificar se estava tudo em conformidade. Tivemos a oportunidade de assistir a uma sessão de formação apresentada pela nossa orientadora, dirigida a todos os elementos da equipa multidisciplinar, para dar conhecimento de algumas alterações e efetuar simultaneamente uma simulação.

Conforme descrito no Regulamento n.º 429/2018, “o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência” estão descritas várias unidades de competência, referentes ao cuidar em situações de emergência, exceção e catástrofe, ao conceber os planos de emergência e catástrofe, ao planeamento da resposta em catástrofe, à gestão dos cuidados e ao assegurar da eficiência dos mesmos. . De facto, a presença de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica reveste-se de suma importância e pertinência, pois, para além do enquadramento legal, este profissional detém a capacidade de contribuir para a elaboração do plano de emergência, objetivando e antecipando os problemas que poderão surgir face a uma catástrofe, sendo esta uma das suas competências. Deste modo, com desenvolvimento e aquisição de competências, assim como uma adequada formação e treino dos enfermeiros, vai afetar as suas intervenções, e a sua capacidade de resposta.

De relevar que os conteúdos lecionados na UC de Enfermagem médico-cirúrgica 3, foram essenciais para nos alertar para a importância da implementação destas medidas.

Atendendo à fundamentação explanada, consideramos as competências atingidas e desenvolvidas.

- Competência Especifica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC

K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um problema de qualquer instituição hospitalar, pelo que é de extrema importância a obtenção de estratégias para a sua redução.

Os serviços de estágio apesar de muito diferentes, são serviços com risco acrescido.

A pessoa em situação crítica, pela falência multiorgânica e pela criação de inúmeras portas de entrada pelos dispositivos invasivos, vê a sua imunidade ameaçada não só pela sua patologia de base, mas também por uma série de microrganismos patogénicos oportunistas que podem desencadear infeções.

As IACS podem também atingir os profissionais de saúde pelo que o uso de equipamentos de proteção individual deve ser criteriosamente implementado.

Existe um elevado risco de infeção associado aos cuidados em UCI, pelo que tivemos a oportunidade de verificar os profissionais deste serviço tinham uma grande preocupação nesta área. A lavagem/higienização das mãos, bem como o uso de técnica asséptica nos procedimentos invasivos são medidas inquestionáveis na prestação de cuidados. Esta Unidade cumpre ainda o Protocolo de Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), de acordo com a Norma 018/2014 da DGS, atualizada a 27/04/2015 (DGS, 2015, p. 1). Segundo o mesmo autor, “todos os doentes (...) internados em unidades de cuidados intensivos (...) por um tempo previsível superior a 48 horas devem ser submetidos a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão.” (p. 1).

Na UCI, tivemos oportunidade de demonstrar conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos, realizando as colheitas indicadas aquando da admissão do doente (urocultura, zaragatoa nasal e retal), cumprindo os 5 dias de higienização com os toalhetes de clorohexidina, estabelecendo assim os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo da infeção. Apercebemo-nos que todos os doentes cumprem isolamento de contacto até à obtenção do resultado, tal como indicado na norma. Num serviço onde a maioria dos doentes estão ventilados, é também de extrema importância a prevenção da pneumonia associada à intubação, deste modo tivemos sempre o cuidado de realizar higiene oral com gluconato de clorohexidina pelo menos três vezes por dia, de acordo com a Norma 021/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”, da DGS (DGS, 2015).

O SU, como já foi dito, acarreta também grande risco, pelo afluxo de pessoas, é um serviço com grande rotatividade doentes. Alguns, pela patologia em si, outros pelo seu estado crítico acabam por se encontrar em estados mais vulneráveis para adquirirem uma IACS. Neste contexto, sempre foi prioritária para nós a prevenção da transmissão de infeções cruzadas na prestação de cuidados.

Ao longo dos estágios, foi mais uma vez o reforço da literatura para atualizar conhecimentos, assim como consultar os protocolos e relatórios existentes na instituição elaborados pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de prevenções das Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos.

De salientar as temáticas abordadas na UC de Enfermagem médico-cirúrgica 5, onde foi proposto o desenvolvimento de uma temática sobre a área, tendo incidido a nossa seleção na “Triagem e Acondicionamento de Resíduos, Circuitos e Tratamento”.

Pela fundamentação apresentada, consideramos ter atingido e desenvolvidas as competências propostas.

- Competências de mestre

7 - Evidencia competências e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

Assumimos que esta competência foi de igual forma adquirida, face à descrição e análise de atividades e estratégias evidenciada ao longo deste ponto, e que correspondem à aquisição de competências comuns e específicas do EEEMC à pessoa em situação crítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente documento permite-nos refletir e explanar o percurso decorrido ao longo dos estágios, com a descrição de estratégias e atividades que nos permitiram dar resposta à aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e de EEEMC à pessoa em situação crítica.

A tomada de decisão em frequentar este Mestrado era extremamente desafiante e complexa, pois envolvia uma necessária adaptação às novas circunstâncias na perspetiva pessoal e profissional e neste caso mundial. Atravessamos uma pandemia que em termos pessoais e profissionais exigiu muito de todos nós. Mas, ao fim de 25 anos de experiência profissional que considero diversificada e rica, senti a necessidade de desenvolver outras competências. De refinar aquilo que considero que já fazia bem. Queria saber mais, e sobretudo atualizar o meu conhecimento. De acordo com o Código Deontológico, “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Este dever de atualização decorre do direito do doente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios e na procura permanente da excelência no exercício profissional de enfermagem. A abordagem e o tratamento da pessoa em situação urgente e emergente constituem desafios cada vez mais significativos e complexos (Ponce & Teixeira, 2006).

Esta caminhada foi repleta de emoções e desafios, com uma grande dificuldade na gestão da vida pessoal, académica e profissional, agravada pelo facto de estarmos há vários anos afastadas do percurso académico. A pandemia que vivemos, condicionou várias situações em contexto de prática clínica, limitando formações e interação com os pares. Mas o trajeto não foi só pautado por dificuldades, também houve fatores facilitadores, o principal dos quais foi sem dúvida o apoio incondicional das enfermeiras orientadoras, bem como da professora tutora, sem o seu apoio não teria sido possível. Não descorando que a disponibilidade e partilha por parte de todas as equipas com quem nos cruzamos foram cruciais para levar este desafio até ao fim.

A realização do PI *major* permitiu-nos aprofundar e fortalecer conhecimentos na área da investigação, onde foram desenvolvidos conhecimentos baseados na mais recente evidência científica, incidindo nas intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico. O doente com hematoma subdural requer cuidados de enfermagem adequados à gravidade da sua situação, o enfermeiro deve estar capacitado de forma a gerir o stress e tomar decisões imediatas, de acordo com o estabelecimento de prioridades nos cuidados a estes doentes. Foi assim elaborado uma revisão integrativa da literatura sobre “Intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico.” Da mesma forma, foi também

realizado um póster científico onde foram apresentados os resultados da revisão integrativa da literatura e um protocolo.

Como futura enfermeira especialista e mestre, consideramos que nos estágios que estivemos mais despertas para questões desta natureza (responsabilidade profissional, ética e legal) e desenvolvemos habilidades de tomada de decisão ética, tendo em conta os valores universais, os valores humanos, os direitos à vida e à qualidade de vida, o direito ao cuidado, o dever de informação, o dever do sigilo, o respeito pela intimidade, e respeito pelo doente terminal, a excelência do exercício, a humanização dos cuidados, os deveres com a profissão e os deveres para com outras profissões.

Todas as competências adquiridas permitiram alcançar os objetivos delineados por nós, bem como os definidos pela Universidade de Évora, e que serão de grande utilidade na atividade profissional. Todas as oportunidades de aprendizagem foram enriquecedoras e os conhecimentos adquiridos bem como a sensibilização para a reflexão e para a procura de evidência, foram fundamentais para o nosso desenvolvimento e vão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, bem como para o meu desempenho futuro, adotando uma postura responsável e contribuindo para o reconhecimento da Enfermagem como profissão autónoma com corpo de conhecimentos próprio.

Ao elaborarmos o presente relatório, temos consciência de que o nosso percurso foi de encontro ao pretendido, e que estas páginas não conseguem explicar o tanto que vivemos e aprendemos.

Assim, após a análise e reflexão crítica realizada sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica e as competências de Mestre em Enfermagem, consideramos ter demonstrado a aquisição e desenvolvimento das mesmas, atingindo os objetivos propostos no início deste relatório.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico. Coimbra: Formasau. ISBN 978-972-8485-87-0.
- Abu-Baker, N.N., AbuAlrub, S., Obeidat, R.F. *et al.* (2021). Evidence-based practice beliefs and implementations: a cross-sectional study among undergraduate nursing students. *BMC Nurs* 20, 13 <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00522-x>
- Ahmed, S., Venigalla, H., Mekala, H., Dar, S., Hassan, M., & Ayub, S. (2017). Traumatic Brain Injury and Neuropsychiatric Complications. *Indian journal of psychological medicine*, 39(2), 114–121. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.203129>
- Alarcão, Isabel, & Rua, Marília. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373- 382. doi:10.1590/S0104-07072005000300008
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2011). Introdução à teoria de enfermagem: História, terminologia e análise. In A. Marriner Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (6a ed., pp. 3-13). Loures: Lusociência.
- Alligood, M.R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Angerami, E.L.S., & Correia, F. de A. Em que consiste a enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo*, 25(3), 337-344. Acedido em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LXMztGTwYtVNYNdX9N9YGWg/?format=pdf&lang=pt>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Editors). (2020). *JBIM Manual For Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Badke, M., Perdonssini, L., Dalmolin, I., & Sassi, M. (2011). Hematoma subdural agudo traumático: Um Estudo de Caso. *Revista Contexto & Saúde*, 20(10), 999-1004. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.999-1004>.
- Bahramnezhad, F., Shiri, M., Asgari, P., & Afshar, P. F. (2015). A review of the nursing paradigm. *Open Journal of Nursing*; 5(1), Article ID 53094. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.51003>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). *Nursing as Caring: A model for transforming practice*. London: National League for Nursing;
- Brykczynski, K. A. (2014). De principiante a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (4th ed.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (pp. 120-146). (6ª ed.). Loures: Lusociência.

- Caetano, J., Soares, E., Andrade, L. & Ponte, M. (2007). Cuidado Humanizado em terapia intensiva: Um estudo reflexivo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(2), 325-330
- Camelo, S. H. H. & Angerami, E. L. S. (2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(2), 552-60. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>.
- Carapinheiro, G. (1998). Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto: Afrontamento.
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*. 1 (1), 13–24.
- CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros – maio de 2016
- Collière, M.-F. (1999). Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem (3ª edição). (M. L. Abecasis, Trad.) Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3
- Costa, C.P.V., Luz, M.H.B., Bezerra, A.K.F., & Rocha, S.S. (2016). Aplicação da teoria de enfermagem de Callista Roy ao paciente com acidente vascular cerebral. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 10(Supl. 1), 352-360. Acedido em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10960/12282>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2019). CASP checklists for randomized controlled trials, qualitative studies and cohort studies. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Despacho n.º 5613/2015 Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27, páginas 13550 – 13553. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Diniz, G. Souza, A. Oliveira, H., Arrais, R. Pessoa, B. & Figueiredo, P. (2012). A utilização de FiO2 inferior a 100% para hiperoxigenação de pacientes estáveis submetidos à aspiração endotraqueal. *ASSOBRAFIR Ciência*, 3 (1), 45-56. <https://www.cpcrjournal.org/article/5de128b00e8825ae584ce1d5/pdf/assobrafir-3-1-45.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente; tradução realizada pela divisão de segurança do doente, departamento de qualidade na saúde. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2015). Consentimento informado. Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma 015/2013. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf

- Direção Geral da Saúde. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Norma 002/2018. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma 018/2014. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Norma_a_018_2014.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Escola Superior de Enfermagem São João De Deus (2020-2021). Programa da unidade curricular. Universidade Évora: Escola Superior de Enfermagem São João De Deus. 2021.
- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. (2021). Regulamento de Mestrado;
- Fawcett, J. (1978). The "what of theory development. In National League for Nursing (Ed.), Theory development: What, why, how? (pp. 17–38). New York, NY: National League for Nursing. PMID: 246217
- Fawcett, J. (2000). Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories. Philadelphia, PA: F. A. Davis. ISBN-13: 978-0-8036-2765-9
- Fawcett, J. (2000). Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories. Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Ferreira, M., Pontes, M., & Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem: Percepção dos utentes. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde; 6, 358-366. Acedido em bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-366_FCS_06_.Pdf
- Ferreira, M., Pontes, M., & Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem: Percepção dos utentes. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde; 6, 358-366. bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-366_FCS_06_.Pdf
- Freitas SLF, Ivo ML, Gerk MAS & Nunes CB. Diagnósticos de enfermagem à mulher com doença falciforme: modelo de adaptação de Roy. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras; Morais SCR, Souza KV, Duarte ED, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 9–42. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 3).
- Fry M, Burr G. Review of the triage literature: past, present, future. Australian Emergency Nursing Journal. 5, 2, 33-38. Australia, 2002.

- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-20-6.
- Jarvis. (1999). *The practitioner-researcher: Developing theory from practice*. San Francisco, USA: Jossey-Bass. https://www.researchgate.net/publication/305852936_The_Practitioner-Researcher_Developing_Theory_from_Practice
- Jennings, K.M. (2017). The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa. *ANS Adv Nurs Sci.*; 40(4), 370–383. Doi:10.1097/ANS.000000000000175
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Reviewers`manual: 2015 (edition)*.Australia (AU): JBI.<https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-pdf>
- Kavuran, E., & Yurttas, A. (2018). Effects of education based on Roy adaptation model on diabetes care profile of patients with type 2 diabetes mellitus.*Iran Red Crescent Med J*, 20(4), e64635.
- Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N., & Nolan, J. P. (2014). Medicina intensiva tem 60 anos: a história e o futuro da unidade de terapia intensiva. *Clinical Medicine (London, England)*; 14(4), 376-379. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0452.
- Kuhn, T. S. (2017). *Structure of scientific revolutions*. (N. Kuyas, Trans.). Ankara, Turkey: Alan. (Original work published 1982; in Turkish). Kuhn, T. S. (2017). *Structure of scientific revolutions*. (N. Kuyas, Trans.). Ankara, Turkey: Alan. (Original work published 1982; in Turkish)
- Le Boterf, G. (1994). Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. *Formar*, nº 10, pp 41, 42
- McEwen, M. (2009). Filosofia, ciência e enfermagem. In M. McEwen, & E. Wills. *Bases teóricas para a enfermagem* (2ª ed., p. 28-47). São Paulo: Artmed. <http://moodle.stoa.usp.br/course/view.php?id=1342>
- Medeiros, L.P. de, Souza, M.B.C., da, Sena, J.F. de., Melo, M.D.M., Costa, J.W.S., & Costa, I.K.F. (2015). Roy Adaptation Model: integrative review of studies conducted in the light of the theory. *Rev Rene*; 16(1) 132-140. Doi: 10.15253/2175-6783.2015000100017
- Medina, J.L. (1999). *La pedagogia del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitária en enfermeira*. Barcelona: Editorial Laertes S.A. ISBN 84-7584-373-5
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott William & Wilkins. Capítulo; The discipline of nursing: perspective and domain). (Tradução em português de Cecília Albuquerque e revisão de Ana Margarida Fernandes).
- Meleis, A.I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016. Cria o diploma de técnico superior profissional e procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2006, de 21 de

março, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2014, de 16 de julho. Diário da República, 1ª Série, nº 176 (13 de setembro 2016) p. 3159-3191

Moniz, J. Nunes. (2003). A enfermagem e a pessoa idosa. Loures: Lusociência.

Mulligan, P., Raore, B., Liu, S., & Olson, J. (2013). Neurological and functional outcomes of subdural hematoma evacuation in patients over 70 years of age. *Journal of neurosciences in rural practice*, 4(3), 250–256.

Mussi, F. (2004). O infarto e a rutura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(5), 751-759. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=SOIO4-11692004000500008&1ng=en&nrm=iso&tIng=pt. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.118760>

Norma nº 015/2013 – Direção-Geral da Saúde – Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação

Nunes, L. (Maio de 2008). Responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros - Responsabilidade Profissional - VIII Seminário de Ética*, pp. 72-80.

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, E., Lavrador, J., Santos, M., & Antunes, J. (2012). Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *J. Acta Med Port*, 25(3), 179-192.

Oliveira, L. de A. M., Soares, Y. K. da C., Fontinele, A. V. C., Galvão, M. P. S. P., & Souza, J. M. de. (2018). Assistência de Enfermagem em pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico: revisão integrativa. *Rev. UNINGÁ*; 55(2), 33–46. doi 10.5205/1981-8963-v11i2a13480p1086-1095-2017

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões da Qualidade do Cuidado de Enfermagem. Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer N.º 10 / 2017: 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_MCEE_MC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). 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. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Consentimento informado para intervenções de enfermagem. EP02/07. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Diretivo. (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2015). Deontologia profissional de enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Ozdemir, N.G. (2019). The Development of Nurses' Individualized Care Perceptions and Practices: Benner's Novice to Expert Model Perspective. *International Journal of Caring Sciences*; Vol. 12, 2, 1279-1285. http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/81_ozdemir_special_12_2.pdf
- Özkan, H. A., & Akduran, F. (2014). Importance of paradigms in nursing. *Journal of Education and Research in Nursing*; 11(2), 3–5. (Original work published in Turkish)
- Peixoto, R.M. (2015). *Lesões encefálicas: definições, perspectivas e repercussão social*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOSAAQB2/1/vers_o_final_tcc.pdf
- Pereira, N., Vale, A., Fernandes, M., Moura, M., Brito, J. & Mesquita, G. (2011). O cuidado do enfermeiro à vítima de traumatismo cranioencefálico: uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, 4 (3), 60-65.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Phillips, K.D., & Harris, R. (2014). Adaptation Model. In Alligood, M.R. *Nursing Theorists and Their Work* (pp. 303-331). London: Elsevier. ISBN 978-0-323-09194-7
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel. ISBN 978-989-752-419-6
- Ponce, P. & Teixeira, J. (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. Lisboa, Portugal: Lidel-Edições Técnicas, Lda.

- Portugal, Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003 – 72 p. ISBN: 972-675-097-0.
- Queirós, P.J.P., Vidinha, T.S.S., & Filho, A.J.AL. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 3, 157-164.
- Raszka, A., Antczak-Komoterska, A., & Filipaska, K. (2018). *Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing*. 7(2), 80-85. DOI: 10.15225/PNN.2018.7.2.5
- Regulamento n.º 140/2019 do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República, 2.ª série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho de 2015. Diário da República, 2ª serie - n.º 123, páginas 17240 – 17243. Acedido <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Regulamento nº 122/2011 do Ministério da Saúde. (2011). Diário da República, 2.ª série, n.º 35. <https://files.dre.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>
- Regulamento nº 429/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República, 2ª série, nº 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento nº do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996) . Diário da República — I série-A, nº 205. <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/1996/09/205a00.pdf>
- Ribeiro, O., Martins, M.M.F.da S., Tronchin, D.M.R., & Silva, J.M.A.V. da (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*; Série IV - n.º 19 - OUT./NOV./DEZ, 39-48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Roy, S. C., & Harrington, A. (2013). Roy adaptation model-based research: Global view. *Generating Middle range theory: From evidence to practice* (pp. 355-365). New York, NY: Springer. ISBN 9780826110091 0826110096 9780826110053 (ebk.) 0826110053 (ebk.)
- Roy, S.C. (2011). Extending the Roy Adaptation Model to Meet Changing Global Needs. *Nursing Science Quarterly*; 24(4),345–351. DOI: 10.1177/0894318411419210
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. Setúbal; 15, 1-37.
- Saleh, U. (2018). Theory guided practice in nursing. *Journal of Nursing Research and Practice*, 2(1), 18. Retrieved from <https://www.pulsus.com/scholarly-articles/theory-guided-practice-in-nursing.pdf>
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A., (2011). Comunicação em Saúde e a Segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Publica, TEmat*(10) 47-57.

<https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20e%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>

- Sapeta, A.P., & Alves, J.M. (Coord.) (2018). *Relatório de Outono 2018*. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. Universidade Católica. Acedido em <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2821/file>
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro – doente*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930- 69-1.
- Saputro, S., Siswanto, & Utami, Y. (2020). International Journal of **Nursing** Education, 12(4), 143-147.
- Schön. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York, USA: Basic books. ISBN 0465068782.
- Sillero-Sillero, A., & Zabalegui, A. (2019). Safety and satisfaction of patients with nurse’s care in the perioperative. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2646.3142>
- Silva, M., Silva, R., Nogueira, S., Lopes, S., Alencar, R., & Pinheiro, W. (2021). *Enfermería Global*. 20 (4), 614-627. DOI: 10.6018/eglobal.435321.
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis. Google Scholar
- Universidade de Évora. (2015). NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido Novo ciclo de estudos. https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf
- Ursavaş, F.E., Karayurt, Ö., & İşeri, Ö. (2014). Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery for Breast Cancer. *J Breast Health*; 10, 134-140. DOI: 10.5152/tjbh.2014.1910.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Revised ed.). Louisville, CO: University Press of Colorado. https://www.academia.edu/35251891/Jean_Watson_Nursing_The_Philosophy_and_Science_BookFi_org
- Westphal, M. F. (1999). Modelo de atenção. In M. F. Westphal & E. S. Almeida (Orgs.), *Gestão de serviços de saúde* (pp. 91-111). São Paulo: EDUSP.
- Xiaodan, L., Fengxia, L., Guimei, Y., Ju, Y., Yi, L., & Ying, T. (2021). Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2021, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2021/7424855>
-

Apêndice I - CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HEMATOMA SUBDURAL



SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
À PESSOA COM HEMATOMA
SUBDURAL RESULTANTE TCE**



Local: Zoom

Data: 28/06/2021

Horário: 9h 30m

Formadora: Sandra Marisa Costa Couto (47717)

Aluna do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica.

Orientador: [REDACTED]

Apêndice II - PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HEMATOMA SUBDURAL RESULTANTE TCE

Plano da Sessão de Formação:

Ação de formação: Intervenções de Enfermagem à Pessoa Com Hematoma Subdural Resultante TCE

Local: Sala de enfermagem

Serviço: Serviço de Urgência de Hospital Privado de Lisboa (SUHPL)

Formadora: Sandra Costa Couto (47717)

Público-Alvo: Enfermeiros da SUHPL

Data: 28/06/2021, 09horas30min

Duração: 30 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<p>❖ Objetivo Geral Consolidar conhecimentos acerca das intervenções de enfermagem no cuidado ao doente com hematoma subdural resultante TCE;</p> <p>❖ Objetivos Específicos Implementar intervenções de enfermagem adequadas aos doentes com HSD resultante TCE tendo em conta a evidência científica</p>	<p>✓ O que é o hematoma subdural?</p> <p>✓ Tipos de hematoma subdural</p> <p>✓ Epidemiologia</p> <p>✓ Causas</p> <p>✓ Sintomas</p> <p>✓ Tratamento</p> <p>✓ Prognóstico</p> <p>✓ Intervenções de Enfermagem</p> <p>✓ Considerações finais</p> <p>✓ Bibliografia</p>	<p>✓ Método expositivo</p>	<p>✓ Computador</p> <p>✓ Questionários de avaliação</p>	<p>✓ Apresentação da formadora 2'</p> <p>✓ Introdução do tema e contextualização (5');</p> <p>✓ Desenvolvimento (20');</p> <p>✓ Considerações finais (3');</p> <p>✓ Discussão da temática.</p>	<p>✓ Aplicação de questionários de avaliação da sessão de formação.</p>

Apêndice III - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Com vista à melhoria formativa, gostaria que preenchesse este questionário de avaliação, relativa á formação e ao formando. O seu contributo é de extrema importância.
Muito obrigado.

Ação de Formação:

Data de Realização: / /

Escala de Avaliação

1. Insuficiente 2. Suficiente 3. Bom 4. Muito Bom

Assinale com um X a quadrícula correspondente á sua opinião.

Itens de avaliação:

	1	2	3	4
Utilidade Prática e Profissional				
Sensibilização a Novas Atitudes				
Qualidade Da Comunicação				
Metodologia				
Duração/ Horário				

Sugestões:

Apêndice IV - TRATAMENTO DE DADOS DA SESSÃO SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HEMATOMA SUBDURAL RESULTANTE TCE

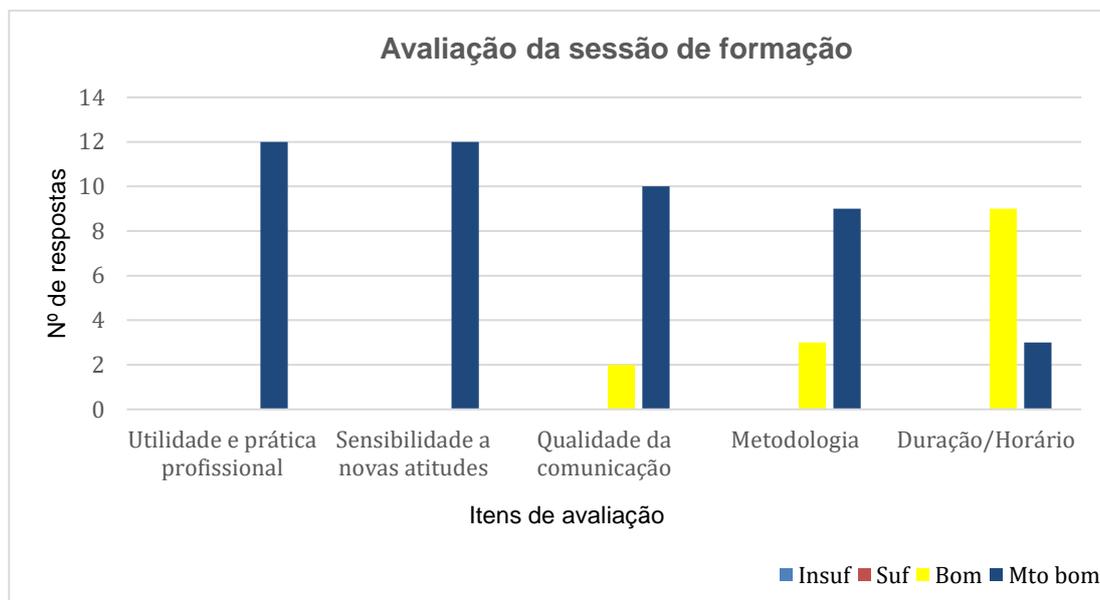
Avaliação da sessão de formação

A sessão de formação decorreu no dia 28/06/2021 às 9h30m, com a duração de 30 min, em formato digital numa reunião via plataforma Zoom, estiveram presentes 15 enfermeiros. A forma de avaliar a formação apresentada foi através de uma escala de satisfação, disponibilizado no final da sessão de formação via email, e que compreende uma escala de avaliação de Likert entre 1 – Insuficiente, 2 – Suficiente, 3 – Bom ou 4 – Muito Bom. Foram enviados aos 15 enfermeiros presentes, sendo que apenas foram devolvidos 12 questionários.

Aos itens de avaliação colocados obtiveram-se os seguintes resultados:

	1	2	3	4
Utilidade Pratica e Profissional				12
Sensibilização a Novas Atitudes				12
Qualidade Da Comunicação			1	11
Metodologia			2	10
Duração/ Horário			9	3

Apresentam-se os dados sobre a avaliação da sessão de formação no gráfico seguinte.

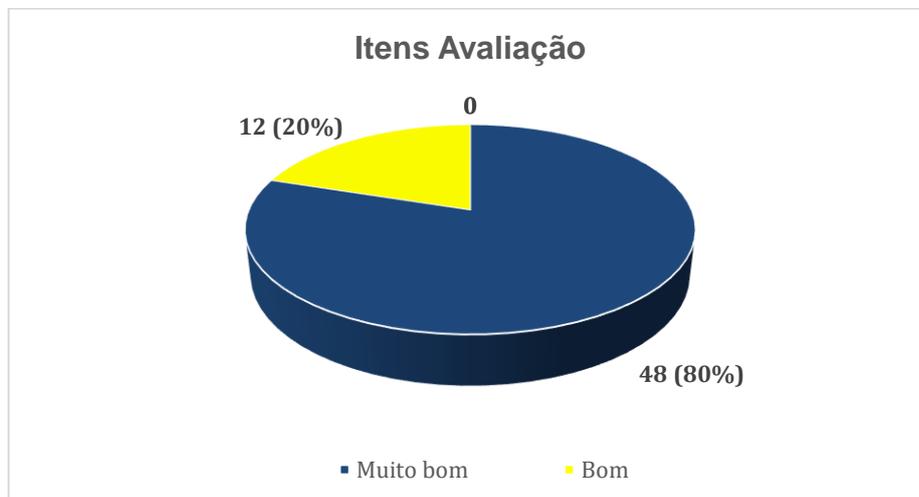


Como se pode constatar, a sessão teve um balanço bastante positivo, tendo sido considerado de “muito bom” relativamente à utilidade e prática profissional, assim como no item sensibilidade a novas atitudes.

No item qualidade da comunicação, a avaliação também foi no âmbito do “muito bom”, apesar do nervosismo próprio de quem não está muito habituado a falar em publico.

A metodologia também teve um bom retorno dos formandos, apenas 3 deles consideraram a avaliação de “bom”, tendo sugerido que gostariam de ter a mesma sessão, mas de forma presencial.

O último item, a duração/horário, teve uma avaliação maioritariamente de “bom”, foi referido que a duração era insuficiente para uma temática tao pertinente.



Fazendo a leitura dos dados da avaliação, podemos concluir que a sessão foi de encontro às necessidades da equipa de enfermagem, com uma percentagem de 80% de respostas situadas no “muito bom”, e uma avaliação final de 3,8.

Estes resultados espelham o interesse e a motivação destes enfermeiros, que talvez por ser uma equipa muito jovem, vêm na formação uma forma de colmatar as suas necessidades nos vários domínios da enfermagem, tendo como objetivo principal a melhoria da qualidade dos cuidados que prestados às pessoas que recorrem ao seu serviço.

Apêndice V - ANALISE SWOT

Intervenções de Enfermagem à Pessoa com hematoma subdural resultante de TCE		
	Positivo	Negativo
INTERNOS	<p>Forças:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condições físicas e estruturais, dispositivos de equipamentos e de monitorização para a segurança do doente; - Equipa dinâmica e disponível com elementos de referência que fomentam um espírito reflexivo e formativo nos restantes; - Enfermeiros na equipa que são formadores na área. - Incentivo á formação em serviço como forma de desenvolvimento profissional; - Motivação da equipa e da chefia para a temática; -Alta percentagem de enfermagem especializada. 	<p>Fraquezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inexistência de checklist de avaliação de vítima de trauma; - Número reduzido de enfermeiros com formação em ATLS/ITLS; - Rotatividade da equipa de enfermagem; - Resistência da equipa á mudança;
EXTERNOS	<p>Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tema inserido nos padrões de qualidade de enfermagem; - Temática que integra as competências de avaliação do doente, pelo enf^o especialista; - Unidade Hospitalar acreditada pela JCI; - Centro de formação interna, certificado e acreditado por entidade externa (AHA); - Reconhecimento da importância do desenvolvimento da necessidade identificada; - Melhoria e qualidade dos cuidados prestados SUHP. 	<p>Ameaças:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condições políticas atuais que podem comprometer os recursos humanos disponíveis e orçamentos.

Fonte: Elaboração própria , adaptado de Ruivo et. al (2010)

Apêndice VI - Protocolo de intervenção à pessoa com hematoma subdural resultante TCE

 <p>MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO</p>	<h3>PROTOCOLO</h3> <h4>Intervenções de Enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico</h4>
<p>1. Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">. Promover os melhores outcomes no doente vítima de Hemorragia Subdural resultante de TCE;. Monitorizar parâmetros, com vista à deteção precoce e promoção de uma pressão de perfusão cerebral adequada ao doente;. Prevenir Lesões Cerebrais Secundárias, que advêm do Hematoma subdural. <p>2. Âmbito:</p> <p>Uniformizar os cuidados prestados ao doente vítima de TCE com hematoma subdural, no pré e pós tratamento definitivo.</p> <p>3. Profissionais abrangidos:</p> <p>Enfermeiros (prestação de cuidados diretos ao doente e seus familiares).</p>	
<p>4. Pertinência</p> <p>Os traumatismos crânio-encefálicos (TCE) configuram-se como um problema de saúde pública, cuja incidência tem aumentado a nível mundial, constituindo uma das principais causas de morte, especialmente nas populações mais jovens. Os <u>fatores etiológicos</u> mais comuns para o TCE são as quedas da própria altura, os acidentes de trânsito, as agressões físicas violentas e as lesões associadas a atividades desportivas e de recreio. Para além da lesão direta do traumatismo sobre as partes moles epicranianas e o crânio, o TCE, pode complicar-se ao condicionar lesões intracranianas com repercussão encefálica, tais como: a contusão cerebral, o hematoma epidural, o hematoma subdural e o hematoma intraparenquimatoso. Podem advir ainda danos encefálicos estruturais multifocais tais como a lesão axonal difusa ou hemorragias ao longo dos espaços de líquido céfaloraquidiano tais como a hemorragia subaracnoideia e a hemorragia intraventricular (Ahmed et al., 2017).</p> <p>O hematoma subdural traumático ocorre em cerca de 1 a 5% de todas as lesões traumáticas sobre o crânio e em 22% dos TCE graves. É mais frequente entre os indivíduos idosos, com uma incidência crescente com a idade, quase duplicando na faixa etária dos 65 aos 75 anos e atingindo</p>	

os 286/100000, em pessoas com mais de 80 anos de idade (Mulligan et al., 2013). O aumento da esperança média de vida e o crescente recurso a fármacos hipocoagulantes e antiagregantes plaquetários, resulta numa maior incidência de eventos hemorrágicos significativos associados ao trauma, sobretudo nas faixas etárias mais altas. Os fármacos que alteram a coagulação, além de aumentarem a incidência e potencialmente a gravidade da lesão, complicam a gestão terapêutica do doente, nomeadamente no que concerne ao tratamento cirúrgico.

O hematoma subdural resulta de um mecanismo de aceleração e desaceleração do cérebro mais ou menos violenta de acordo com a energia do traumatismo. Esse movimento do cérebro na caixa craniana condiciona a laceração de veias ponte, entre o cérebro e os seios venoso cranianos, ou de veias corticais, mais frequentemente nas zonas laterais dos hemisférios cerebrais (Oliveira, Lavrador, Santos & Lobo Antunes, 2012). De acordo com os mesmos autores, pode ser classificado como:

- agudo, composto por coágulo fresco e sangue - <48 horas;
- subagudo, composto por sangue e fluido - dias 2-14;
- crónico, composto por fluido – após os 14 dias.

Pequenas hemorragias podem não manifestar qualquer sintoma e acabam por ser absorvidas de forma espontânea pelo organismo. Em situações de grandes hemorragias, o efeito de massa sobre o encéfalo pode condicionar cefaleias, défices neurológicos, coma ou morte pelo que é indicado o tratamento cirúrgico. *“Os sintomas mais comuns que sugerem a drenagem cirúrgica são vómitos persistentes, cefaleias intensas, confusão mental, alterações de memória e paralisia, mesmo que leve, do lado oposto àquele da presença do hematoma”* (Peixoto, 2015, p. 14).

O diagnóstico é normalmente confirmado por exames imagiológicos, como a tomografia axial computadorizada (TAC) ou ressonância magnética cranioencefálica (RMC). Hematomas subdurais agudos sintomáticos que condicionem um desvio das estruturas medianas superior a 5 mm, que apresentem um volume superior a 30cm³ (quando supratentorial) ou 16cm³ (quando infratentorial), com espessura maior a 2 cm justificam, por norma, uma intervenção cirúrgica (Badke et al., 2011). Nestes casos, protelar a drenagem cirúrgica do hematoma traduz-se no acumular de sangue no espaço subdural, aumento do efeito de massa sobre o encéfalo e da pressão intracraniana, o que compromete o retorno venoso cerebral e reduz a pressão de perfusão cerebral. Estas alterações são responsáveis pela disrupção e lesão estrutural direta do cérebro, cerebelo e tronco cerebral e pelas lesões isquémicas secundárias por défice de vascularização. O prognóstico global depende do tempo até à drenagem cirúrgica, quando indicada, apesar de, nos casos de lesões muito extensa, que envolvem todo o hemisfério ou de edema cerebral difuso, a cirurgia poder não inverter a evolução, por norma fatal, da situação clínica (Oliveira et al., 2012). Num contexto do tratamento do hematoma em fase aguda ou

sintomática, normalmente num contexto de urgência hospitalar, a enfermagem assume um papel de monitorização, fundamentalmente do estado neurológico com o despiste de défices neurológicos ou instabilidade hemodinâmica após o traumatismo craniano.

Nesse contexto, o enfermeiro, particularmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, está envolvido na abordagem inicial à pessoa com hematoma subdural. Ressalta-se a importância do cuidado da equipa de enfermagem na especificidade e complexidade das intervenções prestadas nestes doentes em situação crítica, que caracterizam condições clínicas diferenciadas resultantes da gravidade das lesões traumáticas. Em medicina intensiva, uma das principais competências de enfermagem efetuadas às vítimas com traumatismo crânio-encefálico grave é a monitorização hemodinâmica da pessoa, com ênfase no controlo da pressão intracraniana e perfusão cerebral (Oliveira, Soares, Fontinele, Galvão & Souza, 2018).

5. Indicações:

O protocolo destina-se a doentes que apresentem como sinais e sintomas: dor de cabeça aguda e de início súbito, náuseas, vômitos, rigidez da nuca, confusão mental, alterações visuais, fotofobia, convulsões, diminuição da força num dos segmentos do corpo, agitação psicomotora ou coma.

Após realização de TAC-CE, RNM, é-lhe identificado e confirmado um hematoma subdural podendo este ser crónico, agudo ou sub agudo dependendo da sua evolução uma HSA.

6. Intervenções de enfermagem:

6.1. Pré-operatório (entrada da UCI):

- Monitorizar o estado neurológico do doente, através da Escala de Comas de Glasgow (GCS), pelo menos 3 vezes por turno, e/ou sempre que necessário;
- Avaliar tamanho e reação pupilar, pelo menos 3 vezes por turno, ou sempre que necessário; (Alertar o médico para qualquer alteração significativa e atuar em conformidade);
- Monitorização de Sinais Vitais (PAS/PAD/PAM's, SaO₂, FR, FC); $90 \geq \text{PAS} \leq 160 \text{mmHg}$ $90 \geq \text{PAM} \leq 110 \text{mmHg}$; (Administração de medicação segundo prescrição médica);
- Observação dos valores analíticos, mais especificamente: Hemoglobina e Sódio (135-145);
- Reversão da coagulopatia;
- Interpretar os valores analíticos/hidroeletrolíticos e agir em conformidade;
- Manter uma oxigenação e ventilação adequadas (vigiando parâmetros ventilatórios (quando existe necessidade, entubar o doente e ventilar) ou débito de oxigénio, para SaO₂ de 98-100%);

- Evitar períodos de aspiração de secreções por mais de 15 segundos, nos doentes ventilados;
- Realizar colheita de sangue para gasimetria arterial (PaO₂100% e PCO₂ 35-40);
- Prevenir a hipertensão intracraniana (HIC):
 - ❖ promover o repouso na maca/leito, colocar a cabeceira entre 30º- 45º;
 - ❖ evitar esforços físicos desnecessários (administrar laxantes, de forma a evitar a manobra de valsava, prócinéticos, antieméticos e protetor gástrico);
 - ❖ manter o alinhamento cefálico, descongestionando a região cervical, por forma a evitar compressão jugular, fomentando um adequado retorno venoso.
- Colocar sonda gástrica, quando o doente mantém vômitos constantes, mesmo após administração de medicação;
- Controlo da Dor, Temperatura (36-37°C) e Glicémia Capilar (120 - 160mg/dl);
- Administração de fluidoterapia (2000ml/dia), promover a volémia;
- Controlo de débitos urinários (se necessário algaliar o doente), promovendo um balanço hídrico adequado à situação clínica;
- Prevenção da trombose-venosa profunda (TVP), com colocação de meias de contenção e ou sistema de pressão alternada;
- Explicar os procedimentos ao doente (caso esteja consciente) e ao familiar;
- Estabelecer uma relação de confiança com o doente/família, desmistificando medos e dando resposta a dúvidas;
- Avaliar o nível de conhecimento e as perceções da família sobre a doença;
- Compreender o papel de cada elemento na dinâmica familiar;
- Realizar os respetivos registos.

6.2. Pós-operatório imediato:

- Monitorizar o estado neurológico do doente, através da GCS, pelo menos 3vezes por turno, e/ou sempre que necessário;
- Avaliar tamanho e reação pupilar, pelo menos 3 vezes por turno, ou sempre que necessário; (Alertar o médico para qualquer alteração significativa e atuar em conformidade);
- Monitorização de Sinais Vitais (PAS/PAD/PAM's, SaO₂, FR, FC, PVC); 90≥PAS ≤ 180mmHg 90≥PAM≤110mmHg; (Administração de medicação segundo prescrição médica);
- Observação do traçado cardíaco;
- Observar os valores analíticos/hidroeletrolíticos (Na⁺ 135-145) e agir em conformidade, para prevenir o aparecimento hidrocefalia/edema cerebral e Isquémia cerebral;
- Manter uma oxigenação e ventilação adequadas (vigiando parâmetros ventilatórios ou débito de oxigénio, para SaO₂ de 98-100%);
- Evitar períodos de aspiração de secreções por mais de 15 segundos;

- Realizar colheita de sangue para gasimetria arterial (PaO₂ 100% e PCO₂ 35-40), através do cateter arterial (CA), prestar cuidados à mesma, vigiando sinais inflamatórios e compromisso neurocirculatório do membro;
- Administração de fluidoterapia (2000ml/dia), promovendo a volémia, através da avaliação da pressão venosa central (PVC:8-12), aquando da colocação de cateter venoso central (CVC), agir em conformidade, perante os valores, (prestar cuidados ao CVC, vigiando sinais inflamatórios);
- Prevenir o aumento da Pressão intracraniana (PIC), promover o repouso no leito, colocar a cabeceira a 0° no caso de doentes tratados a hematoma subdural crónico (se dreno colocar ao longo do doente) e a 30° no caso de doentes tratados a hematoma subdural agudo. Evitar esforços físicos desnecessários (administrar laxantes, de forma a evitar a manobra de valsava, pró-cinéticos, antieméticos e protetor gástrico);
- Monitorização do conteúdo dos drenos, com especial atenção ao compartimento em que foram aplicados (subcutâneos, subdurais). Os drenos subdurais devem ser manipulados pelo neurocirurgião.
- Monitorização de valores de Pressão Intracraniana e respetiva curva sempre que colocado sensor de PIC, sinalizando aumentos do valor da mesma (alarme aos 20) ou da alteração da curva da mesma.
- Monitorização de valores de Pressão de perfusão Cerebral, sinalizando desvios relativos ao valor alvo-60.
- No caso de colocação de drenagem ventricular externa, garantir que a mesma está colocada na altura-alvo definida e ajustar o zero ao posicionamento do doente. Vigiando o conteúdo e ritmo de drenagem ventricular. Proceder de forma a evitar tracções inadvertidas sobre a drenagem durante mobilização do doente ou transporte do mesmo.
- Controlo da Dor (administração de analgesia e medidas não farmacológicas);
- Controlo da Temperatura (36-37°C) e Glicémia Capilar (120 -160mg/dl), adequar a alimentação do doente, de acordo com o seu estado clínico, mas promovendo um bom padrão nutricional;
- Controlo de débitos urinários (doente algaliado), promovendo um balanço hídrico adequado (evitar BH negativo);
- Prevenção da trombose-venosa profunda (TVP), com colocação de meias de contenção, sistema de pressão alternada, após 72h do tratamento definitivo, administração de heparina de baixo peso molecular, de acordo com a prescrição médica;
- Avaliar os défices apresentados pelo doente após tratamento cirúrgico e agir em conformidade, promovendo a melhoria dos mesmos;
- Explicar os procedimentos ao doente (caso esteja consciente) e ao familiar;

- Estabelecer uma relação de confiança com o doente e familiares, desmistificando medos e dando resposta a dúvidas;
- Avaliar o nível de conhecimento e as perceções do doente e família, sobre a doença;
- Compreender o papel de cada elemento na dinâmica familiar;
- Realizar os respetivos registos.

6.3. Sinais de Alerta para antecipação de cuidados:

Prevenir o desenvolvimento da lesão cerebral secundária:

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

Sinais de Alerta:

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

Referências Bibliográficas:

Ahmed, S., Venigalla, H., Mekala, H. M., Dar, S., Hassan, M., & Ayub, S. (2017). Traumatic Brain Injury and Neuropsychiatric Complications. *Indian journal of psychological medicine*; 39(2), 114–121. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.203129>

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). Introduction to JBI Systematic reviews. JBI. Disponível em <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/1.1+Introduction+to+JBI+Systematic+reviews>

Badke, M.R., Perdonssini, L.G.B., Dalmolin, I.S., & Sassi, M.M. (2011). Hematoma subdural agudo traumático: Um Estudo de Caso. *Revista Contexto & Saúde*; Vol. 10, 20, 999-1004. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.999-1004>.

<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1719>

Caetano, J., Raimundo, L. J., Oliveira, R. J. T. de, Lessa, G., Nandi, K. Z., & Santos, J. G. dos. (2020). Implementation of a safe surgery protocol: experience report. *Revista de Enfermagem da UFPI*; 9(1), 98.

Herrero, S., Carrero, E., Valero, R., Rios, J., & Fábregas, N. (2017). Postoperative surveillance in neurosurgical patients – usefulness of neurological assessment scores and bispectral index. *Brazilian Journal of Anesthesiology*; 67(2), 153–165.

Mackey, K., Peterson, K., Bourne, D., Anderson, J., Boundy, E., & Helfand, M. (2017). Evidence Brief: Near Infrared Spectroscopy for Detecting Brain Hematoma. VA ESP Project #09-199.

McKenzie, M.J., Bossuyt, J.E., Boutron, P.M., Hoffmann, I., Mulrow, C.D. et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*; 372, 71. doi: 10.1136/bmj.n71

Mulligan, P., Raore, B., Liu, S., & Olson, J. J. (2013). Neurological and functional outcomes of subdural hematoma evacuation in patients over 70 years of age. *Journal of neurosciences in rural practice*, 4(3), 250–256. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.118760>

Neto, J.C., Barros, L.O., & Morais, S.S.F. (2021). Assistência ao Hematoma Subdural Crônico: Perfil de pacientes e diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA-I. *Research, Society and Development*; Vol. 10, 9, 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17915>. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17915>

Oliveira, E., Lavrador, J.P., Santos, M.M., & Lobo Antunes (2012). Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *J. Acta Med Port*; 25(3), 179-192.

Oliveira, L. de A. M., Soares, Y. K. da C., Fontinele, A. V. C., Galvão, M. P. S. P., & Souza, J. M. de. (2018). Assistência de Enfermagem em pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico: revisão integrativa. *Rev. UNINGÁ*; 55(2), 33–46. Doi 10.5205/1981-8963-v11i2a13480p1086-1095-2017. <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2090>

Peixoto, R.M. (2015). *Lesões encefálicas: definições, perspectivas e repercussão social*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-AAAQB2/1/verso_final_tcc.pdf

Pereira, I.O., & Coelho, J.C.Q. (s.d.). Intervenções de enfermagem ao doente com traumatismo crânio-encefálico: construção e validação de um protocolo. Disponível em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2887/1/cap-9.pdf>

Pinho, José António. *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. 2020. Lidel- Edições Técnicas, Lda. 9789897524196; págs. 210-220.

Sardinha, D.M., Costa, G.F., Cunha, L.C., Mafra, I.N.P. et al. (2019). Nursing Care in Severe Traumatic Brain Injury. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science (IJAERS)*; vol. 6, 12, 432-438. <https://dx.doi.org/10.22161/ijaers.612.49>. https://ijaers.com/uploads/issue_files/49IJAERS-12201935-NursingCare.pdf

Sillero-Sillero, A., & Zabalegui, A. (2019). Safety and satisfaction of patients with nurse's care in the perioperative. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2646.3142>

Varghese, R., Chakrabarty, J., & Menon, G. (2017). Nursing Management of Adults with Severe Traumatic Brain Injury: A Narrative Review. *Indian journal of critical care medicine : peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*; 21(10), 684–697. https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_233_17

Yamashima T, Friede RL. Why do bridging veins rupture into the virtual subdural space? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1984;47(2):121-7

Vacca, V. M., & Argento, I. (2018). Chronic subdural hematoma: A common complexity. *Nursing*, 48 (5), 24-31

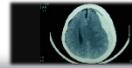
Williams, M., & (2021). Subdural hematoma in adults: Etiology, clinical features, and diagnosis. In Biller, J. (Ed.), *UpToDate*. Retrieved June 15, 2021.

Data	Elaboração	Orientação Clínica	Orientador	Data	Aprovação
Dezembro 2021	Aluna de MEPSC Enfº Sandra Couto	Enfermeira Especialista ██████████	Professora Drª Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta		



“Intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico - Revisão Integrativa da literatura”

Autor: Sandra Maria Ezequiel Costa Costa, Estudante do Curso de Mestrado (em Associação) em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade de Évora, Portugal. Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves de Sousa Sampaio, Coordenadora do Mestrado em Cuidados Paliativos na Escola Superior de Saúde De Sagres Duas Castelas Branco

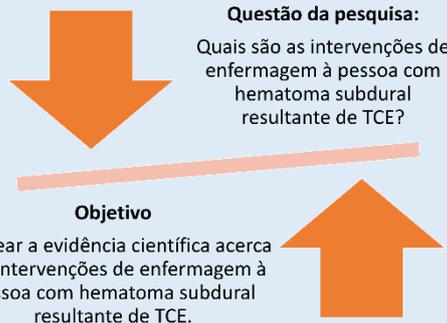


Os doentes com hematoma subdural requerem intervenções de enfermagem adequadas à gravidade da situação.

“A capacidade técnica e a experiência profissional, capacidade em lidar com stress e tomar decisões imediatas, definindo prioridades de atuação a estes doentes (...) A ação correta e em tempo adequado podem melhorar significativamente o estado neurológico do doente, enquanto a falha na instituição dessas medidas pode levar a lesões cerebrais secundárias com consequências na recuperação das funções neurológicas” (1)

Método

Tipo de estudo: Revisão Integrativa da Literatura



Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão
[P] Participantes	Pessoas com hematoma subdural, resultante de TCE
[I] Intervenção	Intervenções de enfermagem
[C] Comparações	Não aplicável
[O] Outcomes	As intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante do TCE
Data de publicação	2011-2021
Línguas	Inglês

Palavra chave: intervenções de enfermagem, hematoma subdural, TCE, enfermagem medico cirúrgica, doente critico

Conclusão

As intervenções do enfermeiro ao doente com lesão craniocerebral têm especial importância, no acompanhamento do doente/família desde a ocorrência do episódio, até à preparação pós- alta.

Referências bibliográficas

1. Pereira, I.O., & Coelho, J.C.G. (s.d.). Intervenções de enfermagem ao doente com traumatismo crânio-encefálico: construção e validação de um protocolo. Disponível em <https://ojs.uevora.pt/oejs/article/view/2106/1046>
2. Rusica, A., Antczak-Konarska, A., & Filipiak, K. (2018). Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing, 7(2), 89-95. DOI: 10.15225/PJNN.2018.7.2.5
3. Sapatito, S., Sweenito, & Utami, Y. (2020). International Journal of Nursing Education, 12(4), 149-147.
4. Okazaki, S., Sato, R., Nagata, S., Inoue, S., Akemitsu, B., & Yoshino, W. (2021). Enfermeria Global, 20(16), 614-637. DOI: 10.6018/EnfermeriaGlobal.433321.
5. Kizildan, L., Fengxia, L., Guimei, Y., Ju, Y., Yi, L., & Ying, T. (2021). Evidence Based Complementary and Alternative Medicine, 2021, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2021/7424855>

Identificação dos estudos através da base de dados

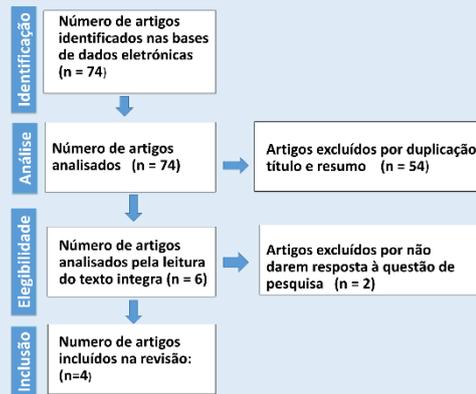


Figura 1: Diagrama de Fluxo PRISMA (adaptado) do processo de seleção de artigos

Resultados

Os resultados apurados indicam que o papel do enfermeiro se revela muito importante no processo de cuidados, tratamento, reabilitação e educação da pessoa doente com lesão craniocerebral. A amostra foi formada por 4 estudos que identificaram como principais intervenções de enfermagem:



- Avaliação neurológica através da Escala de coma de Glasgow^(3,4),
- Monitorização de parâmetros vitais ^(2,3,5),
- Controlo da dor ⁽⁴⁾,
- Administração de terapêutica⁽²⁾,
- Gestão da intensidade da dor e seleção de instrumentos adequados – VAS ⁽²⁾,
- Monitorização da pressão intracraniana ⁽³⁾,
- Administração adequada de oxigénio⁽³⁾,
- Avaliação da hiperventilação/diurese/hiperosmolaridade ⁽³⁾,
- Monitorização da hipotermia/temperatura corporal/glicemia capilar ⁽³⁾,
- Realização do posicionamento ^(3,5),
- Elevação da cabeça ⁽³⁾,
- Vigilância do correto posicionamento da monitorização invasiva ⁽³⁾,
- prevenção do risco de infeção ⁽²⁾,
- Promoção da segurança/proteção ^(2,4),
- Vigilância da alimentação ⁽²⁾,
- Habilidades na comunicação não-verbal ⁽²⁾,
- Realização da higiene do paciente ^(2,5),
- Avaliação do estado nutricional do paciente ⁽²⁾,
- Avaliação das necessidades psicológicas e sociais ^(2,5),
- Educação do paciente/família sobre o estado de saúde e alta ^(2,5).

Anexos I – “X JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM E VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA”



Anexos II – “V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?”

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **Sandra Marisa Esteves Costa Couto**, com o documento de identificação n.º 103132261, participou no **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, que decorreu entre os dias **26 e 27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz, com uma carga horária de 16 horas.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



Liliana Mota

LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora

Ândrea Figueiredo

ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com

