



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

LIVED EXPERIENCES OF CRITICALLY ILL PATIENTS' FAMILY

Por

Inês Andreia Mouga Pimenta

Lisboa, 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

LIVED EXPERIENCES OF CRITICALLY ILL PATIENTS' FAMILY

Por

Inês Andreia Mouga Pimenta

Sob a orientação de: Sra. Prof^a Doutora Rita Marques

Lisboa, 2021

*“Family is not an important thing,
it’s everything”*

Michael J. Fox

AGRADECIMENTOS

Apesar de este trabalho espelhar o enorme esforço pessoal por mim desenvolvido, não poderia deixar de reconhecer a importância de quem me acompanhou durante todo este período e me ajudou a traçar um caminho de realização pessoal e profissional.

Ao **Diogo**, pelo apoio constante, desde o início, pelo companheirismo e compreensão, por seres mãe e pai quando as ausências foram forçadas.

À minha **Maria**, que, sem saber, foi a minha maior motivação. Serás sempre o maior motivo da procura constante por uma melhor versão de mim.

Aos meus **pais**, que sempre me incentivaram para alcançar a excelência, transparecendo um orgulho enorme nos filhos. Também vocês foram mais que avós durante estes 18 longos meses.

À **Susana** e à **Marta**, que foram as grandes impulsionadoras disto tudo e o meu incentivo constante. Sem vocês tudo teria sido mais duro. Foram mais que família em vários momentos.

Aos **amigos de sempre**, que, apesar destes tempos que vivemos, fazem sentir que nunca estamos longe muito tempo.

Aos **colegas de SU** pela partilha, incentivo e força, que ajudam num crescimento pessoal e profissional constantes.

À **Prof Doutora Rita Marques**, pela ajuda constante e preocupação, disponibilidade e orientação ao longo de todo o processo.

Aos **enfermeiros orientadores**, pela partilha tão rica de conhecimentos e pela preocupação na minha integração e no meu processo de aprendizagem.

A todos, o meu mais sincero obrigada.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no 13º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa.

Encontra-se estruturado em dois capítulos principais, que correspondem a duas componentes distintas. O primeiro capítulo é composto por uma revisão *scoping* e o segundo pela descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas.

Apresenta como finalidade a descrição e análise crítica das atividades realizadas durante o percurso de desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, onde se incluem as de ordem técnica, científica, ética e relacional. O estágio foi constituído por 2 módulos, cada um com a duração de 7 semanas, realizados numa Unidade de Neurorradiologia de Intervenção de 7 de Setembro a 25 de Outubro de 2010, e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de Neurocríticos e Trauma entre o período de 26 de Outubro a 20 de Dezembro de 2020, com íntima articulação dos conhecimentos adquiridos durante o percurso académico com os adquiridos ao longo da minha experiência profissional e pessoal.

No sentido da melhoria dos cuidados e da prática baseada na evidência foi desenvolvida uma revisão de literatura, sob a forma de *Scoping Review*, com o tema “Experiências vivenciadas pela família da pessoa em situação crítica”. Considero que a doença crítica e consequente hospitalização é frequentemente uma situação inesperada e imprevista, acarretando mudanças na vida da pessoa e da sua família, e podendo ser considerada como uma transição saúde-doença. A pessoa encontra-se inerentemente inserida numa família, sendo esta a primeira unidade social do ser humano, pelo que o enfermeiro não se pode desvincular da prestação de cuidados à mesma. Uma aproximação às vivências da família pode trazer benefícios no cuidado à mesma, permitindo ao enfermeiro uma compreensão holística da forma como a família vivencia a doença crítica do seu ente querido.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem especializados, competências, pessoa em situação crítica; família; vivências; experiências.

ABSTRACT

The present Internship Report is part of the curricular unit “Final Internship and Report”, integrated in the 13th Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for Critically Ill Person, from the Institute of Health Sciences at Universidade Católica Portuguesa - Lisbon.

It is structured in two main chapters, which correspond to two distinct components. The first chapter is composed by a scoping review and the second by the description and critical analysis of the activities and competences developed.

Its purpose is the description and critical analysis of the entire development path of knowledge and specialized skills in the provision of care to the person in critical situation and their family, consolidated during the internship contexts, which include those of a technical, scientific, ethical nature and relational. Both internships lasted 7 weeks, having been carried out in an Intervention Neuroradiology Unit, from 7 September to 25 October 2010, and in a Multipurpose Intensive Care Unit for Neurocritics and Trauma, between the period of 26 October on December 20, 2020, with an intimate articulation of the knowledge acquired during the academic path with that acquired during my professional and personal experience.

In the sense of improving care and evidence-based practice, a literature review was developed, in the form of a Scoping Review, with the theme “Lived experiences of critically ill patients’ family”. It is my belief that critical illness and consequent hospitalization is often an unexpected and unforeseen situation, causing changes in the life of the person and his family, and can be considered as a health-disease transition. The person is inherently inserted in a family, which is the first social unit of the human being, reason why nurses cannot disconnect themselves from its provision of care. An approach to the family's experiences can bring benefits in caring for the family, allowing nurses to have a holistic understanding of how the family experiences the critical illness of their loved one.

Keywords: Specialized Nursing Care, skills, critically ill person; mily; lived experiences.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓMIOS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

EEMC – Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

HSA – Hemorragia Subaracnoideia

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIC – Pressão Intracraniana

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SU – Serviço de Urgência

SUGP – Serviço de Urgência Geral e Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UNRI – Unidade de Neurorradiologia de Intervenção

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SCOPING REVIEW	17
1.1. INTRODUÇÃO	18
1.2. PERCURSO METODOLÓGICO.....	20
1.3. RESULTADOS OBTIDOS	22
1.4. DISCUSSÃO	27
1.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
2.DESCRICÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	33
2.1. CREDITAÇÃO: VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA.....	35
2.2. UNIDADE DE NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO	39
2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCRÍTICOS E TRAUMA.....	49
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

ANEXOS:

ANEXO I - Certificado de Presença no *II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem*

ANEXO II - Documentação referente à atuação em contexto da pandemia por COVID-19 anexada à pasta na UNRI

APÊNDICES:

APÊNDICE I - Cartaz “Sono no Doente Neurocrítico”

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

FIGURAS:

FIGURA 1: Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção de artigos.....21

TABELAS:

TABELA 1 – Descritores MeSH utilizados na pesquisa realizada nas bases de dados EBSCOhost - Research Databases e PubMed.....22

TABELA 2 – Síntese dos estudos incluídos na revisão *Scoping*.....23

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, integrada no 13º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa (UCP).

Com este Relatório pretendo descrever todo o percurso de desenvolvimento de competências especializadas, que tive oportunidade de consolidar durante os contextos de estágio, articulando conhecimentos adquiridos durante o percurso académico com os conhecimentos adquiridos ao longo da minha experiência profissional e pessoal.

O presente curso de Mestrado visa o aprofundamento de competências especializadas em Enfermagem, contemplando igualmente a componente de investigação (Instituto de Ciências da Saúde, 2020), obtendo-se o grau de mestre e especialista em Enfermagem. Conforme referido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019, p. 4744), os cuidados de Enfermagem exigem atualmente uma componente técnica e científica, sendo “o enfermeiro especialista aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”.

A profissão de Enfermagem encontra-se legislada através de diversos documentos, constituindo, segundo Deodato (2015), a Deontologia de Enfermagem “um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 9), e que ajudam não só a sustentar a prática profissional, como dão luz à “responsabilidade profissional que os enfermeiros assumem perante os cidadãos” (p.10).

A componente de investigação vai ao encontro do estabelecido no nº 3 da Base XXVIII, da Lei nº 95/2019 de 4 de setembro, ao referir que “os profissionais de saúde têm o direito a aceder à formação e ao aperfeiçoamento profissionais, tendo em conta a natureza da atividade prestada, com vista à permanente atualização de conhecimentos” (2019, p. 64). Também a Ordem dos Enfermeiros corrobora a necessidade destes profissionais

basearem a sua praxis clínica em evidência científica na medida em que refere que o Enfermeiro com Especialidade Médico-Cirúrgica se apresenta como o “líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização” (Regulamento nº140/2019, pág 19360).

Assim, pretendo espelhar neste Relatório o desenvolvimento das atividades realizadas com vista à aquisição das competências necessárias à obtenção do grau que confere este curso, tendo por base uma prática baseada na evidência e utilizando a metodologia crítico-reflexiva e descritiva, salientando ainda o desenvolvimento do espírito crítico ao longo deste percurso académico com a intenção de sustentar a minha tomada de consciência e capacidade de decisão.

Torna-se relevante esclarecer as competências comuns do enfermeiro especialista à luz de quem as legisla, a Ordem dos Enfermeiros (OE), sendo que as mesmas abrangem “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4744).

No que concerne às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de Enfermagem à PSC, estas prendem-se com o cuidar da “pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, a dinamização da “resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” e ainda com a maximização da “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” (Regulamento nº429/2018, p. 19359).

Quanto à estrutura, o presente documento apresenta no primeiro capítulo a *Scoping Review* realizada, cuja temática se refere às vivências experienciadas pela família da PSC.

Num segundo capítulo irei apresentar de uma forma breve, o meu percurso profissional até à data, onde integro a experiência profissional que permitiu a creditação ao módulo: A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica, referente ao Serviço de Urgência Geral e Polivalente, assim como apresentarei uma descrição do percurso de desenvolvimento de competências durante os dois momentos de estágio, com

a respetiva análise crítica. De seguida, encontra-se a conclusão, onde farei um balanço final do percurso académico, assim como uma reflexão sobre os principais desafios e dificuldades por mim enfrentadas e necessidades futuras. Por fim, apresento os anexos e apêndices, referidos ao longo do Relatório.

O percurso de estágio desenrolou-se em dois locais: num serviço de Neurorradiologia de Intervenção (UNRI), de 7 de Setembro a 25 de Outubro de 2020, e num Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) Neurocríticos e Trauma, de 26 de Outubro a 20 de Dezembro de 2020, ambos num hospital central de Lisboa. A escolha destes serviços prendeu-se com o meu gosto pessoal pela área de Neurociências, assim como pelo facto de serem duas realidades totalmente díspares da minha prática clínica – o Serviço de Urgência Geral e Polivalente (SUGP).

A escolha da temática para a *Scoping Review* - Experiências Vivenciadas pela Família da Pessoa em Situação Crítica, foi decorrente tanto da minha experiência profissional em contexto de SU, como da experiência em estágio. Apercebo-me que os familiares das PSC vivenciam uma fase de transição em que sentem necessidades a vários níveis pelo que considero fundamental conhecer as experiências vivenciadas pela família da PSC, de forma a intervir de uma forma mais ajustada junto da mesma.

A temática da família apresenta-se como pertinente numa visão holística da pessoa e de humanização do cuidado. São vários os documentos que suportam a necessidade de colocar a família como alvo dos cuidados de enfermagem.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2015) estabelece a Enfermagem como a profissão cujo objetivo da prestação de cuidados se dirige “ao ser humano, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado”, fazendo referência, naturalmente, à primeira unidade social do ser humano - a família (Martins, 2002).

No documento referente aos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem, a OE corrobora a visão de integrar a família na esfera dos cuidados destes profissionais: “as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.11).

Também no Regulamento das competências do EEMC na área de Enfermagem à PSC, a OE evidencia a inclusão da família nos cuidados, referindo que “os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e

avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19360).

O suporte teórico que sustenta conceptualmente todo o percurso de desenvolvimento de competências, assim como o desenvolvimento do tema da Revisão de literatura foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A doença crítica e conseqüente hospitalização e internamento em UCI é frequentemente uma situação inesperada e imprevista, acarretando mudanças na vida da pessoa e da sua família, e podendo ser considerada como uma transição saúde-doença (Meleis, 2010).

A palavra transição, segundo o dicionário da Língua Portuguesa, refere-se à “passagem de um lugar, assunto, tom ou estado para outro” (Dicionários Priberam, 2021). Na ótica de Afaf Meleis (2010), transição significa a passagem de uma fase considerada estável para outra igualmente estável, sendo um processo desencadeado pela mudança.

O papel das teorias é o de fornecer estrutura e compreensão a situações complexas (Meleis, 2010), encontrando-se a Teoria das Transições integrada na corrente de pensamento designada por Paradigma da Transformação, que marcou a abertura das ciências de Enfermagem ao mundo, e que objetiva os fenómenos como exclusivos e em constante interação com o ambiente (Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette & Major, 1994).

A transição ocorre quando a realidade da pessoa é perturbada, causando uma mudança, escolhida ou forçada, que resulta na necessidade de construir uma nova realidade (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006). As transições são simultaneamente o resultado e o motivo de mudanças na vida, na saúde, nos relacionamentos e nos ambientes (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

A vida diária das pessoas, ambientes e interações são moldados pela natureza, condições, significados e processos de experiências de transição (Meleis et al., 2000) sendo este conceito visto como multidimensional, único e complexo (Meleis, 2010). Estas mudanças podem levar a profundas alterações na vida das pessoas e das suas pessoas significativas, o que leva a implicações importantes no seu bem-estar e na sua saúde, sendo acompanhadas por uma grande variedade de emoções (Meleis, 2010).

Vários são os autores que referem a ocorrência de stress e angústia emocional nos processos de transição. Meleis (2010) refere que as pessoas a vivenciar processos de transição são tendencialmente mais vulneráveis a riscos, o que pode afetar a sua saúde.

Um exemplo de transição que comporta vulnerabilidade é a referente à saúde-doença (Kralik et al., 2006; Meleis, 2010). O sofrimento acarretado pela transição pode ser reduzido ou aliviado através de intervenções de enfermagem promotoras de respostas saudáveis (Kralik et al., 2006; Meleis, 2010). Importa salientar que, quando as mudanças estão relacionadas com uma questão de saúde, a pessoa deve ser considerada em conjunto com a sua rede de pessoas significativas e relacionamentos, e não isoladamente (Meleis, 2010).

A hospitalização decorrente de doença aguda ou trauma implica o contacto com a enfermagem, estando o enfermeiro idealmente na linha da frente para ajudar as pessoas doentes e suas famílias a vivenciar situações imprevistas. Este encontro ocorre, com muita frequência, em períodos de transição e vulnerabilidade, ao longo do ciclo vital da pessoa e da família (Meleis, 2010; Meleis et al, 2000).

Meleis define, assim, a enfermagem como a arte e a ciência de facilitar a transição da saúde e o bem-estar das populações, considerando como objetivo primordial da missão da disciplina o de ajudar as pessoas a realizarem transições saudáveis de forma a alcançarem resultados positivos, passando por criar as condições condutoras ideais para tal (Meleis, 2010). Esta teoria defende ainda que, apenas a enfermagem facilita as transições no sentido da saúde e percepção de bem-estar, o que lhe confere uma perspetiva única.

Este documento foi redigido de acordo com a norma de referência American Psychological Association (APA) e segundo a metodologia proposta pela UCP através do guia da UC (Instituto de Ciências da Saúde, 2020).

Torna-se importante salientar que, pelo facto de este ser um documento público, foram ocultados dados que pudessem permitir a identificação dos participantes ou das instituições, respeitando-se assim a confidencialidade e anonimato destes (Instituto de Ciências da Saúde, 2020).

1. EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, A *SCOPING REVIEW*

RESUMO

A família assume um lugar central na vida das pessoas, sendo única nas suas necessidades e potencialidades, apresentando um passado e um presente, assim como uma rede social e projetos próprios. A existência de uma situação de saúde-doença de um dos membros afeta de uma forma global a dinâmica familiar. A vivência da hospitalização constitui-se como uma experiência que representa uma ameaça à integridade da pessoa doente, sendo habitualmente uma situação inesperada, pelo que o enfermeiro assume uma posição determinante no apoio e conforto à pessoa doente e família. A prestação de cuidados ajustados à família leva à necessidade de entender a forma como esta experiência ou vivência este acontecimento, estando igualmente inerente a avaliação das suas necessidades. Assim, a criação de uma matriz de parceria em redor do cuidado à família assume-se como fundamental, permitindo não só uma aproximação às vivências da mesma como também ao envolvimento da família nos cuidados.

Objetivo: Mapear a evidência científica disponível acerca das vivências da família da pessoa em situação crítica em contexto de hospitalização em unidade de cuidados críticos

Metodologia: Realizou-se uma revisão scoping, seguindo a metodologia proposta por Joanna Briggs Institute, nas bases de dados CINAHL (via EBSCO), MEDLINE (via PubMed), COCHRANE, e nas plataformas SCOPUS - Science Direct e Google Académico, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, com estudos disponíveis na íntegra e dentro da janela temporal de 2016 a 2021.

Resultados: Foram incluídos nesta revisão 13 estudos. A evidência encontrada é maioritariamente qualitativa e referente à realidade vivida em UCI, sendo dispersa em termos temporais e diferenciada geograficamente.

Conclusão: Os resultados evidenciaram uma experiência de enorme sofrimento por parte da família da pessoa em situação crítica. As experiências dos familiares são dominadas

pela incerteza e medo e vividas em constante angústia, impotência e vulnerabilidade. A necessidade de informação mostrou-se como vital, nem sempre satisfeita corretamente pelos profissionais. O respeito pela dignidade e unicidade destas famílias passa pela sua integração no cuidado multidisciplinar da pessoa hospitalizada em cuidado crítico, salientando-se o papel dos enfermeiros.

Palavras-chave: família, vivências, experiências, pessoa em situação crítica

1.1. INTRODUÇÃO

É reconhecido cada vez mais ao Homem, a sua subjetividade, o seu livre arbítrio e a autodeterminação, sendo uma pessoa única pela sua presença no mundo e escolha dos seus valores. Encontrando-se inserido numa família, também esta única com as suas necessidades e potencialidades, o seu passado e presente, a sua rede social e os seus projetos. Tomamos como referência concetual a definição de Família da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2015, p. 142), sendo esta considerada como um “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

A família assume um lugar central na vida das pessoas, com funções de afeto, educação, socialização, função reprodutora e ainda de cuidadora (Dias, 2011; Hanson et al., 2010). A existência de uma situação de saúde-doença de um dos seus membros afeta de uma forma global a dinâmica familiar, pelo que quando um membro da família vivencia um problema de saúde, necessitando de hospitalização, todos os elementos ficam afetados, experienciando, deste modo, uma crise familiar e uma transição.

É neste enquadramento que a transição acontece como um processo de transformação e de mudança em que as pessoas passam a incorporar as alterações no quotidiano, no qual se tornam visíveis múltiplos desconfortos que conduzem ao sofrimento familiar (Kralik et al., 2006; Meleis, 2010).

A construção de um cuidado confortador é fundamental, encontrando-se os enfermeiros numa posição privilegiada para agilizar este processo de transição (Meleis, 2010). A este propósito, Meleis (2010) defende a necessidade de olhar a pessoa integrada numa rede significativa de apoio de forma a que as mudanças surgidas não sejam consideradas de forma isolada, estando em estreita e contínua relação com a dinâmica familiar.

A vivência da hospitalização constitui-se como uma experiência significativa em qualquer que seja o caso vivido na medida em que é acompanhada por múltiplos fatores stressantes representando uma ameaça à integridade da pessoa. Desta forma, o enfermeiro assume uma posição determinante no apoio e conforto à pessoa doente e família de forma a promover um ajustamento dinâmico, progressivo e facilitador deste processo de transição que se deseja que seja saudável (Meleis, 2010; Sousa, 2020).

No contexto de cuidados em saúde, concretamente em unidade de cuidados críticos, o foco do cuidado de enfermagem deverá ser a pessoa na sua plenitude, onde se inclui a família, pois ambos constituem uma unidade (Kiwanka et al., 2019).

Em situação de doença aguda, a pessoa dá entrada no hospital de forma rápida e inesperada, num contexto ambiental gerador de stress, complexo e de grande imprevisibilidade, não só pelas características físicas mas também e, essencialmente, devido ao ambiente hostil que advém da tecnologia, dos constantes alarmes e agitação decorrente da instabilidade das pessoas lá internadas, o que se torna gerador de stress e ansiedade não só para a pessoa doente como para os vários elementos da família. A hospitalização numa unidade de cuidados críticos é habitualmente um momento promotor de desconforto que altera o equilíbrio da pessoa, conduzindo muitas vezes a um sentimento de desamparo e de sofrimento exigindo, por isso, uma grande capacidade de adaptação ao mesmo (Bersten & Soni, 2009; Sousa, 2020; Urizzi et al., 2008).

A influência do contexto assume-se, por isso, especialmente poderosa, pelo que, prestar cuidados ajustados à família leva à necessidade de entender a forma como esta experiencia ou vivencia este acontecimento. A compreensão dos sentimentos e das emoções da família, constitui uma intervenção desejada, dado que as vivências são sempre da pessoa que as vive, sendo únicas e individuais (Viesenteiner, 2013). As expectativas, as necessidades e os desejos, variam de pessoa para pessoa e assumem expressões que dão sentido ao cuidado humanizado e confortador. Exige, por isso, que o enfermeiro faça uma avaliação multidimensional alcançando a compreensão e como a família vivencia este processo inerente à condição humana.

A criação de uma matriz de parceria em redor do cuidado à família assume-se como fundamental, permitindo não só uma aproximação às vivências da mesma como também ao envolvimento da família nos cuidados. O conceito de vivência está inerente ao de necessidade, na medida em que qualquer experiência, nomeadamente de crise, como a de

doença crítica, desperta necessidades específicas, que importa igualmente esclarecer quando se trata de compreender a vivência total da família (Ramos et al., 2018).

Ao analisar a evidência produzida acerca deste tema, é possível encontrar vários estudos que envolvem as experiências e necessidades da família da pessoa em situação crítica em contexto de UCI, contrastando não só com a parca evidência relativamente à entrada do mesmo na unidade hospitalar, isto é, em SU, como com a ausência de evidência produzida acerca da realidade global das vivências da família ao longo de toda a situação de doença crítica. As vivências relacionam-se com as experiências, os sentimentos/emoções, os desejos e as necessidades, pelo que o objetivo deste estudo prende-se com o mapear na literatura científica as vivências da família da pessoa em situação crítica em contexto de hospitalização numa unidade de cuidados críticos.

1.2. PERCURSO METODOLÓGICO

Com o intuito de mapear a evidência científica acerca das vivências da família da pessoa em situação crítica em contexto de hospitalização em unidade de cuidados críticos, optou-se por realizar uma Scoping Review, tendo por base a metodologia descrita pelo manual *JBI Manual for Evidence Synthesis* de The Joanna Brigs Institute (Peters et al., 2020). Esta abordagem integra-se num tipo de revisão sistemática que pretende mapear a evidência, permitindo identificar o conhecimento acerca do tema (Peters et al, 2020). Segundo esse documento da JBI, a Scoping Review pode utilizar qualquer tipo de fonte de evidência, assim como qualquer metodologia de pesquisa. A prática baseada em evidência apresenta-se como pedra basilar de qualquer tipo de revisão sistemática, não podendo a presente abordagem divergir dessa característica, por forma a se obter uma síntese, o mais efetiva e rigorosa possível, da evidência disponível atualmente.

Foi definida a questão de investigação através da metodologia População, Conceito e Contexto (PCC): “Quais as vivências da família da pessoa em situação crítica em contexto de hospitalização numa unidade de cuidados críticos?”, em que a população se refere à família da pessoa em situação crítica, o conceito às vivências, e o contexto à hospitalização numa unidade de cuidados críticos.

Definiram-se os critérios de inclusão com vista à seleção da literatura resultante da pesquisa realizada: familiares adultos (idade superior a 18 anos) da pessoa em situação crítica (idade superior a 18 anos), hospitalização em Unidades de Cuidados Intensivos e

Urgência. Havendo a possibilidade de surgirem resultados em língua estrangeira, foram considerados apenas artigos publicados em português (Portugal e/ou Brasil), inglês e espanhol.

Optou-se pela seleção da janela temporal referente aos últimos 5 anos, entre 2016 e 2021, com a intenção de reunir a evidência mais recente, tendo em conta o grande avanço tecnológico ocorrido nos locais habituais de permanência da pessoa em situação crítica, assim como pela seleção de documentos com acesso livre à totalidade do texto. Excluíram-se estudos realizados em crianças (idade inferior a 18 anos) e os realizados em cuidados paliativos.

A estratégia de pesquisa decorreu entre 7/1/2021 e 8/1/2021, e decorreu em diversas plataformas de pesquisa: EBSCOhost – Research Databases, PubMed, SCOPUS – Science Direct e Google Académico. Na primeira, foram selecionadas as seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing and Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina. A pesquisa nestas e na PubMed foi realizada através da utilização dos descritores MeSH validados e descritos na Tabela 1, tendo por base a metodologia PCC e conjugando o operador booleano “AND” entre os mesmos. Foram ainda adicionados descritores MeSH para exclusão de estudos, utilizando para isso o operador booleano “NOT”.

Tabela 1: Descritores MeSH utilizados na pesquisa realizada nas bases de dados EBSCOhost - Research Databases e PubMed.

População	Conceito	Contexto	NOT
“Family” OR “Family Relations” OR “Caregivers”	“Experiences” OR “Lived experiences” OR “Life change events”	“Critical illness” OR “Critical care” OR “Intensive care” OR “Intensive care units” OR “Emergencies”	“Pediatrics” OR “Neonatal” OR “Infant” OR “Child” OR “Adolescent” OR “Intensive care units,pediatrics” OR “Intensive care, neonatal” OR “Intensive care units, neonatal” OR “Palliative care”

Nas plataformas SCOPUS - Science Direct e Google Académico, conjugaram-se as seguintes palavras chave “family”, “experiences” e “critical care” com o operador booleano “AND” entre as mesmas.

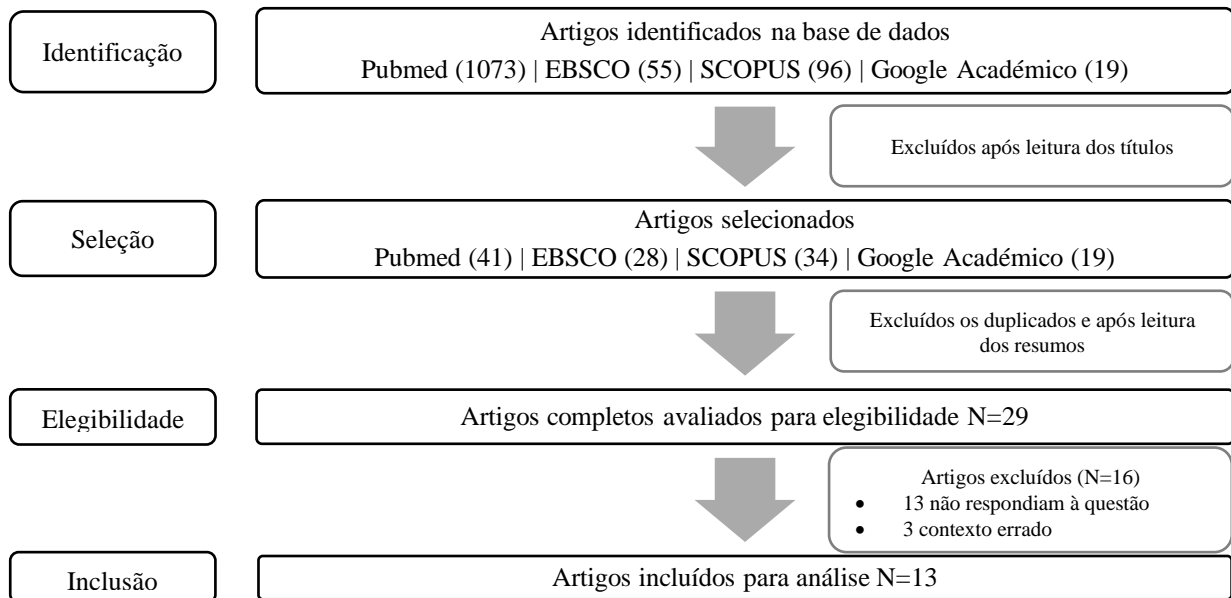
De acordo com as recomendações do The Joanna Briggs Institute, a metodologia utilizada para sistematizar os resultados obtidos foi a Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), instrumento adaptado do manual metodológico já descrito acima.

1.3. RESULTADOS OBTIDOS

Da identificação de citações das diversas bases de dados, resultaram 122 artigos, tendo sido removidos 21 duplicados. Dos 101 e após análise dos títulos e resumos, excluíram-se 72 artigos. Dos 29 artigos para ler na íntegra para elegibilidade, foram excluídos 16, 13 por não responderem à questão e 3 por decorrerem em contexto errado. Por fim, foram incluídos na presente Scoping Review 13 estudos.

O fluxograma “PRISMA” apresenta-se na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção de artigos



(Mother, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009)

Para uma compreensão mais clara dos 13 estudos selecionados e informações mais pertinentes neles contidas, optou-se pela sistematização da sua análise em formato tabela (Tabela 2).

Tabela 2: Síntese dos estudos incluídos na revisão *Scoping*

Autor, Ano e Local	Metodologia do estudo, Amostra e Nível de evidência	Objetivo do estudo	Resultados obtidos
Rodriguez-Almagro, Julian et al., 2019, Espanha	Estudo Qualitativo Descritivo; Entrevista a 9 pessoas doentes, 9 familiares e 9 enfermeiros; 4c	Explorar as percepções sobre as vivências às pessoas internadas em UCI, das suas famílias e dos enfermeiros que cuidam das mesmas	Os familiares referiram aspetos relacionados com a humanização/desumanização dos cuidados, nomeadamente: longo tempo de espera para visitar e obter informação sobre o familiar; sentimentos de angústia, tristeza e desespero relacionados com a incerteza. Os familiares encontram-se num estado de grande vulnerabilidade emocional, apresentando-se a incerteza, o ambiente tecnológico e a confusão como fatores que agravam o seu stress. A hospitalização na UCI traz uma panóplia de mudanças na sua esfera social e afetiva, que deve ser tido em consideração pela equipa multidisciplinar.
Kang, Cho, Choi, 2020, Coreia do Sul	Estudo misto; Questionário a 50 familiares Entrevista semi-estruturada a 10 familiares; 4c	Desenvolver um protocolo de visitas multidisciplinares centradas na família; Identificar as necessidades dos familiares, o seu estado de ansiedade e incerteza quanto à doença crítica do seu ente querido	A maior necessidade referida pelos familiares foi a de garantia de cuidado, seguida das necessidades de informação, de proximidade, de conforto e de apoio. Os dados demonstraram que os familiares se encontravam psicologicamente ansiosos, com vontade de participar no cuidado da pessoa em situação crítica, em detrimento das necessidades próprias de conforto.
Beer & Brysiewicz 2016, África do Sul	Estudo Qualitativo; Entrevista a 16 enfermeiros, 9 médicos e 9 familiares de pessoas internadas em UCI; 4c	Explorar as necessidades das famílias durante a doença crítica; Desenvolver métodos para cuidar dos familiares durante a doença crítica de um ente querido	As necessidades relacionam-se com: o acesso à informação (acerca dos cuidados à pessoa doente, o seu prognóstico e quais os meios técnicos da UCI), o conforto físico do familiar; consolo e apoio emocional, obtenção de recursos não materiais, tais como a esperança e o seu próprio conforto físico. Referiram a necessidade de garantir o acompanhamento dos cuidados prestados ao familiar, de estar perto do mesmo, a necessidade de consolo e apoio emocional bem como a de partilha das suas experiências com outros familiares e amigos. Desejam informações acerca da pessoa doente, vivenciam sentimentos de esperança acerca da recuperação e de alguma reação por parte do familiar. Ainda, a cultura e as práticas religiosas foram referidas como fontes de conforto e de manutenção da sensação de controlo.

<p>Minton, Batten & Huntington 2018, Nova Zelândia</p>	<p>Estudo Qualitativo Longitudinal; Observação, entrevistas a 16 familiares de pessoas internadas em UCI; 4b</p>	<p>Explorar as experiências dos familiares de pessoas internadas em UCI e com doença crítica prolongada</p>	<p>As experiências dos familiares de pessoas com doença crítica prolongada foram dominadas pela incerteza ao longo de toda a trajetória, resultando num período angústia e de stress prolongado. A incerteza prendeu-se com a possibilidade da morte do ente querido, a grande probabilidade de complicações e também pela possibilidade de este nunca vir a recuperar o seu estado prévio de vida e saúde. Os familiares têm uma exigência moral, ética, legal e psicológica de informação acerca da pessoa doente, com referência a algumas más experiências com os profissionais, relativamente a este tema.</p>
<p>Mendes, 2017, Portugal</p>	<p>Estudo Qualitativo Fenomenológico; Entrevista a 21 familiares de doentes internados em unidades de cuidados intensivos; 4c</p>	<p>Compreender o impacto da notícia de doença crítica na experiência vivida pela família, numa UCI</p>	<p>O impacto da notícia de doença crítica revelou as seguintes vivências: sofrimento pelo inesperado, pelo prenúncio de morte e impacto no auto-cuidado (a atenção dada à pessoa em situação crítica levou a um esquecimento do seu próprio auto-cuidado); incerteza relacionada com o impacto físico e emocional da pessoa, com a condição instável do ente querido e com o contexto desconhecido e perturbador; tristeza e vulnerabilidade acrescida pela ausência do ente querido no dia-a-dia. A necessidade de ser confortado, de ser protegido, de informação (no período inicial a dificuldade em absorver a informação é muito significativa).</p>
<p>Barreto, Mayckel et al., 2019, Brasil</p>	<p>Estudo Qualitativo; Observação e entrevista a 15 pessoas doentes entradas na sala de emergência de um SU e seus familiares; 4c</p>	<p>Compreender o processo que leva pessoas doentes adultas e familiares a apoiarem a presença da família no atendimento em emergência</p>	<p>Os familiares consideram que a sua presença junto da pessoa doente na sala de emergência permite a manutenção e fortalecimento dos laços afetivos com benefícios para a pessoa/família/equipa de saúde. Os familiares vivenciam sofrimento aquando da necessidade de cuidados na emergência; angústia quando afastados e sem informações; mais calmas e seguras e uma melhor compreensão dos cuidados prestados quando estão presentes; Os familiares necessitam de ser parceiros no cuidado à pessoa doente, em especial quando já desempenhavam o papel de cuidador. A família considera que a sua presença pode auxiliar a equipa de saúde a prestar cuidados mais individualizados e até aliviar a equipa ao realizar alguns cuidados, funcionando igualmente como fonte de informação importante para a equipa de saúde.</p>

<p>Gill et al., 2016, Canadá</p>	<p>Estudo Qualitativo; Focus grupo e entrevistas telefônicas a 11 pessoas doentes e 21 familiares de pessoas internadas em UCI; 4b</p>	<p>Compreender as experiências de pessoas internadas em UCI e suas famílias, através de uma abordagem inovadora centrada na pessoa doente</p>	<p>Foram descritas três fases durante a estadia na UCI: admissão, cuidado diário e experiência pós estadia na UCI. A família vivenciou a admissão como um período de choque e desorientação, com dificuldade na adaptação ao ambiente totalmente estranho da UCI. Na fase do cuidado diário, referiram o sentimento de obrigação de servir de intérprete da pessoa doente (que não se consegue expressar), honrando a sua voz. A necessidade de informações acerca do estado do ente querido, que confere alguma sensação de controle da situação. A capacidade de os mesmos tomarem decisões depende em muito da informação e apoio recebidos. A maioria dos familiares sentiram pouca abertura dos profissionais para integrar os cuidados e demonstraram grande satisfação quando houve possibilidade de o fazerem.</p>
<p>Kiwanuka et al., 2019, N/A</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura; 28 estudos qualitativos (com familiares de pessoas internadas em UCI; 4a</p>	<p>Compreender as experiências dos familiares de pessoas internadas em UCI</p>	<p>Foram identificadas três fases para descrever as experiências dos familiares: Numa 1ª fase os familiares referem as seguintes vivências: choque, desorientação, ambiente estranho, resposta emocional, sensação de vulnerabilidade, medo da morte e a alteração da dinâmica familiar. O medo domina esta fase. Numa 2ª fase, domina a necessidade de obter informações, partilhar informações sobre o ente querido, esclarecimento de dúvidas, fazer parte dos cuidados. Na última fase, a atenção é desviada para o cuidado e ocorre uma adaptação às rotinas do hospital, o que perturba a organização familiar sendo que as necessidades se relacionam com o respeitar as vontades/desejos da pessoa doente, manter informação atualizada, participar no cuidado e tomada de decisão.</p>
<p>Bjork et al., 2019, N/A</p>	<p>Revisão Integrativa da Literatura; 38 estudos (34 estudos qualitativos, 3 estudos mistos e 1 quantitativo) com familiares de pessoas internadas em UCI; 4a</p>	<p>Explorar o significado da experiência dos membros da família em contexto de UCI</p>	<p>As vivências dos familiares relacionam-se com: viver na incerteza, sentimento de impotência e desamparo, atraso na obtenção de informação, alternância entre esperança e desespero, medo/temer pelo pior. A sensação de viver no limbo prende-se com o período de incerteza, em que o tempo parece ficar suspenso e os familiares sentem-se a viver num universo paralelo. O sentimento de impotência e desamparo refere-se à incapacidade de alterarem o estado do ente querido e ainda com o facto de se sentirem esquecidos pela equipa, desconhecendo, na maioria das vezes, a demora da espera pela informação. Esperam sempre a melhoria do ente querido, mesmo quando esta é pouco provável, alternando entre a esperança e o desespero.</p>

			<p>Comparam a frequente espera por informações com uma forma de tortura, mas referem que a espera é melhor suportada no hospital do que em casa.</p> <p>Existe ainda um constante estado de tensão e de preocupação que o pior aconteça.</p>
<p>Jacob et al., 2016, EUA</p>	<p>Estudo exploratório descritivo; Questionário a 45 familiares de pessoas internadas numa UCI de Neurocríticos; 4c</p>	<p>Determinar as necessidades dos familiares das pessoas internadas numa UCI com período alargado de visitas</p>	<p>As necessidades mais referidas são: informação acerca da pessoa doente, visita do familiar, ser-lhe dada/obter esperança, ter informação médica diária, saber que se está a prestar o melhor cuidado ao ente querido.</p> <p>Os familiares desvalorizam as suas próprias necessidades de conforto físico.</p>
<p>Mendes, 2018, Portugal</p>	<p>Estudo qualitativo fenomenológico; Entrevistas com questões abertas a 18 familiares de pessoas internadas em UCI; 4c</p>	<p>Analisar as estratégias encontradas pelas famílias para lidar com a situação de doença crítica, na sua experiência vivida dentro do contexto familiar e de internamento hospitalar</p>	<p>As famílias viveram a experiência de transição saúde-doença com grande intensidade e com uma angústia permanente.</p> <p>A pessoa com quem mais interagiram durante a estadia na UCI foi o enfermeiro e a quem mais procuraram por informações.</p> <p>Das entrevistas resultaram três temas estratégicos para lidar com a doença crítica do seu familiar: estar vigilante/alerta, construir um diálogo e garantir o conforto.</p>
<p>Padilla-Fortunatti, et al., 2018, Chile</p>	<p>Estudo quantitativo descritivo e comparativo transversal; Questionário a 251 familiares de pessoas internadas numa UCI; 3d</p>	<p>Identificar as necessidades mais importantes dos familiares de pessoas internadas em UCI</p>	<p>As necessidades consideradas pelos familiares como mais importantes, estão relacionadas com as dimensões de segurança e informação, seguidas da dimensão de proximidade e da dimensão de suporte, sendo esta a considerada como menos importante.</p> <p>As necessidades relacionadas com a informação são consideradas por todos os familiares como as mais importantes, ressalvando que a quantidade e qualidade de informação recebida nem sempre foi considerada como apropriada.</p>
<p>Hsiao et al., 2016, Taiwan</p>	<p>Estudo Quantitativo Transversal; Questionário a 150 familiares e 150 enfermeiros do SU; 3d</p>	<p>Descrever as necessidades dos familiares que acompanham pessoas em situação crítica na urgência, enquanto aguardam vaga de internamento</p>	<p>As necessidades foram classificadas pelos familiares na seguinte ordem de importância: comunicação com o ente querido, ter acesso a informações acerca do mesmo, proximidade e possibilidade de participar no cuidado à pessoa doente, de apoio e de conforto.</p>

1.4. DISCUSSÃO

Dos resultados obtidos da análise dos estudos selecionados através da metodologia sugerida pelo *JBI Manual for Evidence Synthesis* de The Joanna Briggs Institute (Peters et al, 2020) surgiram 13 estudos realizados em Portugal, Espanha, Estados Unidos da América, Canadá, Brasil, Chile, África do Sul, Coreia do Sul, Taiwan e Nova Zelândia.

A maioria dos estudos (8) são de natureza qualitativa, dois estudos de âmbito quantitativo, um estudo com metodologia mista e duas revisões da literatura (uma sistemática e uma integrativa).

Todos os estudos quantitativos utilizaram como instrumento o *Critical Care Family Needs Inventory* (Molter & Leske, 1983), com as adaptações necessárias.

A análise das necessidades foi o objetivo em 5 estudos e a análise das experiências e vivências o dos restantes 8 estudos.

Apenas dois estudos foram realizados em contexto de SU, sendo que todos os restantes (11 estudos) foram realizados em contexto de UCI, inclusive as revisões de literatura.

Relativamente às vivências, foram analisadas à luz das experiências, dos sentimentos/emoções, das expectativas, dos desejos e das necessidades dos familiares.

No que diz respeito às **experiências** dos familiares, a notícia de uma doença crítica tem impacto físico tornando-os mais vulneráveis e frágeis. A notícia tem impacto na dinâmica familiar assim como no autocuidado, ficando os familiares com alteração na vontade de se alimentarem, de manterem a sua higiene ou de descansarem (Mendes, 2018). Este impacto deve-se não só ao desvio da atenção de si próprio para a pessoa doente, mas também à própria ausência deste na rotina diária. A ausência do familiar doente no dia-a-dia leva não só a uma enorme tristeza como a um agravamento da sensação de impotência (Beer & Brysiewicz, 2016). Os estados de permanente tensão e preocupação com o que poderá acontecer levam a um cansaço extremo e a uma sensação de falta de paz (Björk et al, 2019).

As experiências são dominadas pela incerteza ao longo de toda a trajetória da pessoa em UCI, estando esta relacionada maioritariamente com a possibilidade de morte do ente querido, com a grande probabilidade de este vir a desenvolver complicações e ainda com a possibilidade de permanecer com sequelas (Minton et al., 2019).

Os familiares tentam-se adaptar ao ambiente estranho da UCI, mas, para alguns, esta adaptação torna-se difícil de se concretizar (Gill et al, 2016). A espera para a visita e obtenção de informação é sentida como infundável e por vezes até incompreensível. Esta espera é, ainda, na maioria das vezes, de duração desconhecida, o que não só acentua a ansiedade, como pode levar a sentimentos de raiva e frustração (Gill et al, 2016).

A família, enquanto conhecedora da pessoa doente, surge como um elemento facilitador dos cuidados, concretamente na deteção de sinais de agravamento do mesmo, mesmo antes de qualquer sinal clínico o evidenciasse (Minton et al., 2019).

No âmbito dos **sentimentos/emoções**, a literatura demonstra que a angústia, a tristeza, a incerteza, a ansiedade e a impotência são sentimentos e sensações experienciados de forma muito frequente e contínua pela grande maioria dos familiares ao longo da estadia da pessoa em situação crítica na unidade hospitalar. A impotência foi relacionada com a incapacidade da família em ajudar a controlar a dor (Kang et al., 2010), a incapacidade de controlar a instabilidade e evolução da situação (Minton et al, 2019) e ainda com a sensação de estarem esquecidos pela equipa enquanto aguardam por informação ou pela visita ao familiar doente (Björ et al., 2019).

Alguns estudos referem que os sentimentos/emoções diferem durante a estadia em UCI sendo que durante a admissão, os familiares sentiram-se com medo, em choque e incrédulos não só pelo estado crítico vivido do seu familiar, mas também pela fragilidade física e possibilidade de morte (Gill et al., 2016). O choque sentido deve-se, igualmente, à imagem do seu familiar com toda a tecnologia associada, estando este quase irreconhecível. Paralelamente, houve ainda referência ao contexto como um local hostil, mas cuja tecnologia e cuidado diferenciado pode beneficiar a pessoa doente, o que lhes traz esperança (Kang et al, 2020).

Relacionado com os **desejos**, o estar presente é considerado pela família como o suporte principal, contribuindo para o sentimento de esperança de recuperação da situação e sendo promotora de melhoria do estado clínico da pessoa (Minton et al, 2019). Dado que consideram ser as pessoas que melhor conhecem a pessoa doente, sentem o desejo de honrar a voz do seu familiar, servindo de intérprete entre este e a equipa, já que a maioria das pessoas doentes não se consegue expressar e consideram que não há ninguém que possa desempenhar melhor este papel do que eles próprios (Gill et al., 2016; Kiwanuka et al., 2019).

Numa visão integradora, os familiares desejam contribuir e participar do cuidado à pessoa doente em parceria, mesmo que tal signifique realizar uma ação simples e trivial, o que consideram que ajuda à construção da relação de confiança com os profissionais (Gill et al., 2016; Hsiao et al., 2016; Kang et al., 2020; Kiwanuka et al., 2019). Ser elemento interventivo na tomada de decisão sobre os tratamentos e cuidados prestados, bem como ser considerado parte do projeto de vida da pessoa doente é um desejo partilhado (Mendes, 2018).

As **necessidades dos familiares** assumem-se como multidimensionais, emergindo a necessidade de informação como a referida pela maioria dos estudos, seguindo-se da garantia de cuidados, da proximidade/permanência junto da pessoa, do conforto ambiental (condições físicas da sala de espera, os horários de visita inflexíveis, o acesso a alimentação, entre outros), do apoio emocional (familiares e amigos), da fé e da cultura (Beer & Brysiewicz, 2016; Gill et al., 2016; Hsiao et al., 2016; Jacob et al., 2016; Kang et al., 2020; Kiwanuka et al., 2019; Mendes, 2017; Mendes, 2019; Minton et al., 2019)

O acesso à informação permite não só a compreensão da situação como a construção da relação de confiança na equipa, colmatando a incerteza vivenciada (Minton et al., 2019). Em oposição, a ausência de informação acentua a ansiedade e a sensação de impotência. A necessidade de controlo existe e é potenciada pela fé e pela cultura (Beer & Brysiewicz, 2016)

No que concerne às necessidades, a evidência demonstra a necessidade de obter informação do familiar doente como a mais importante (Beer & Brysiewicz, 2016; Gill et al., 2016; Hsiao et al., 2016; Jacob et al., 2016; Kang et al., 2020; Kiwanuka et al., 2019; Mendes, 2017; Mendes, 2019; Minton et al., 2019)), à exceção de apenas um estudo, Kang et al (2020), que dá maior importância à necessidade de se assegurar que o seu ente querido se encontra a receber os melhores cuidados possíveis.

A família espera que a informação fornecida seja factual, honesta (Beer & Brysiewicz, 2016; Rodriguez-Almagro et al, 2019), compreensível e, portanto, adaptada a quem se dirige, completa e não fragmentada e, preferencialmente, que seja fornecida através de uma só fonte (Kang et al., 2020). Esta informação deverá conter o estado da pessoa doente, os cuidados prestados à mesma, a sua evolução, o prognóstico, assim como os meios tecnológicos usados (Beer & Brysiewicz, 2016). A informação é considerada por Minton et al (2019) como uma exigência moral, ética, legal e psicológica da família.

A forma como a informação deverá ser fornecida também foi salientada, em especial se envolver um mau prognóstico, esperando-se sensibilidade e tolerância por parte do profissional que a transmite (Beer & Brysiewicz, 2016). Verificaram-se lacunas, em alguns estudos, na quantidade e qualidade de informação, assim como de falta de compaixão por parte da equipa no modo como a informação foi transmitida, o que levou alguns familiares a temerem a comunicação com a equipa médica (Minton et al, 2019). Alguma informação foi de difícil compreensão, concretamente no que toca aos familiares idosos, que muitas vezes têm dificuldade acrescida na compreensão (Kang et al, 2020). Verificou-se, ainda, que alguns familiares pretendiam não aceder a toda a informação da pessoa doente, em especial se tal se referisse a más notícias (Kang et al, 2020). A possibilidade de ser-se entendido e esclarecido tornou toda a experiência mais tolerável, salientando-se o diálogo saudável e de confiança com os enfermeiros no dia-a-dia como decisivo durante todo o período (Mendes, 2019).

As necessidades diferem consoante o género, a idade, o nível de educação, o relacionamento com a pessoa doente e a duração da estadia em UCI, sendo que o género feminino demonstrou maior necessidade de informação, proximidade, conforto e apoio, e familiares com grau académico universitário apresentaram necessidade de informação superior aos restantes (Kang et al, 2020; Padilla-Fortunatti et al., 2018).

A possibilidade de permanência prolongada junto do ente querido surge como uma necessidade promotora de maior satisfação dos familiares (Jacob et al., 2016).

1.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escassez de resultados em contexto de SU, com apenas 2 estudos, comparativamente com os restantes 12 estudos realizados em contexto de UCI, surge como uma limitação do presente estudo, trazendo maioritariamente a visão da UCI para o mesmo, não permitindo extrair resultados acerca das vivências da família ao longo de toda a estadia da pessoa hospitalizada em unidade de cuidados críticos.

Os resultados evidenciaram uma experiência de enorme sofrimento por parte da família da pessoa em situação crítica, que é muitas vezes sentido como insuportável. A transição saúde-doença é vivenciada com grande intensidade e em constante angústia e vulnerabilidade.

As experiências são igualmente dominadas pela incerteza, vivendo a família num binómio esperança-desespero, relacionado com a iminência de morte do familiar hospitalizado e que culmina numa sensação permanente de falta de paz. A incerteza sentida está intimamente relacionada com a necessidade vital de informação e é exponencialmente agravada quando esta não é satisfeita.

Também o sentimento de grande impotência está relacionado com a vivência desta fase.

A admissão em UCI é vivida como um evento traumático, em que ocorre um turbilhão de sentimentos, dominados pelo medo, que leva a uma incapacidade na gestão de emoções e, em muitos casos, a uma dificuldade acrescida em absorver as informações transmitidas.

Sentem ainda uma enorme responsabilidade em honrar a voz do ente querido, manifestando uma necessidade permanente de proximidade, de serem considerados como parte inerente da pessoa doente e de contribuírem para o cuidado a esta.

A interação e envolvimento dos familiares com os enfermeiros no dia-a-dia foram consideradas essenciais e decisivas para tornar este período o menos penoso possível, tendo sido ao enfermeiro que a família mais procurou por informação.

A evidência demonstrou ainda que a vivência da doença crítica traz uma panóplia de mudanças na esfera social e afetiva destas famílias, que deve ser tida em conta pela equipa multidisciplinar.

A valorização da unicidade da pessoa, concretamente dos familiares da pessoa doente baseia-se na convicção de que estes devem de ser respeitados, tendo em conta a circunstância vivida e atendidos com base numa filosofia de compromisso e respeito pela dignidade.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

No presente capítulo pretende-se realizar a descrição das atividades que permitiram o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área de especialização médico cirúrgica, na vertente PSC. O capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos: o primeiro onde apresento a experiência profissional em SUGP que permitiu a creditação do módulo de vigilância e decisão clínicas, e o segundo e terceiro em que apresento os dois contextos onde realizei estágio. Nestes dois subcapítulos irei realizar uma breve descrição dos contextos e das atividades desenvolvidas, com recurso a relatos de experiências, recorrendo a memórias de ação refletidas e analisadas com base em evidência científica.

O termo competência é por definição a capacidade ou suficiência fundada em aptidão para cumprir alguma tarefa ou função (Dicionários Priberam, 2021).

A obtenção do título de especialista em enfermagem certifica que o seu possuidor apresenta um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento nº140/2019, p. 4745).

Abordando os cuidados de enfermagem prestados à PSC, a OE considera-os como “altamente qualificados” e “prestados de forma contínua” de forma a responder “às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento nº140/2019, p. 19362), denotando-se a complexidade das situações de saúde, assim como das respostas necessárias para lhes fazer frente.

A PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº140/2019, p. 19362).

Tal como referido anteriormente, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019), exige uma componente técnica e científica que sustente a prática de enfermagem, estando previsto um período de aprendizagem em contexto prático, isto é, em locais de estágio.

O estágio clínico apresenta-se, assim, como um momento de excelência para o desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências, onde se pretende que o aluno “integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados” (Alarcão & Rua, 2005, p. 376), onde ocorre o cruzamento de saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais.

Rabiais (2016) considera o período de estágio como o componente prático e fundamental no processo de desenvolvimento de competências, aliando-se a uma prática reflexiva e de pensamento crítico, e à mobilização de conhecimentos baseados na evidência, de forma a capacitar o estudante para a tomada de decisão.

A reflexão apresenta-se como essencial para uma prática profissional eficaz, sendo claro que o processo de reflexão tem o potencial de ajudar os enfermeiros e outros profissionais a aprender através das suas experiências (Bulman & Schutz, 2013). A prática reflexiva está, ainda, relacionada com a motivação profissional para uma melhoria contínua dos cuidados, através da utilização da experiência como fonte de aprendizagem e autocrítica (Bulman, Lathlean & Gobbi, 2012).

A capacitação do enfermeiro para lidar com os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença advém, em grande parte, deste saber refletir (Netto, Silva & dos Santos Rua, 2018), interagindo a teoria e a prática, “no processo de reflexão-na-ação, em que o aprender seja privilegiado por meio do fazer e cuja capacidade de refletir seja estimulada pela interação professor-estudante, nas diferentes situações práticas” (p. 2).

Tendo iniciado a minha carreira como profissional de Enfermagem a prestar cuidados a pessoas com doenças na área das Neurociências, cedo percebi que a pessoa com patologia cerebrovascular me despertava um grande interesse. Assim, a escolha dos contextos clínicos prendeu-se com o meu gosto e curiosidade pessoais, percurso laboral, assim como com a possibilidade de desenvolver conhecimentos e competências em locais tão díspares da minha realidade profissional. Os locais escolhidos são distintos mas complementares entre si, funcionando ambos como unidades de referência na sua área.

A Unidade de Neurorradiologia de Intervenção (UNRI) encontra-se como o serviço de excelência para o diagnóstico e tratamento pessoas com doença da área das Neurociências. Seguindo um *continuum* de cuidados prestados à pessoa com patologia cerebrovascular, surgiu a oportunidade de, na mesma instituição, realizar o contexto clínico numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de Neurocríticos, encontrando-se, assim, os contextos de estágio e o serviço onde exerço atualmente funções, intimamente ligados entre si. Para ambos os locais, foi definido o **objetivo geral**: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família, adaptados ao contexto de atuação.

A minha experiência prévia, que irei abordar no subcapítulo seguinte, foi facilitadora na adaptação em ambos os locais e o apoio dos enfermeiros orientadores apresentou-se como fulcral, contribuindo assim para uma otimização das aprendizagens. Ainda de salientar que outro elemento facilitador foi o facto de ambos os estágios decorrerem no mesmo hospital onde sempre trabalhei, contribuindo para isso não só o facto de estar familiarizada com alguns elementos das equipas, assim como com a própria rotina hospitalar, nomas e procedimentos e até mesmo com os programas informáticos.

Para este componente prático, foi por mim traçado um percurso de forma a que o seu desenvolvimento pudesse contribuir ao máximo para a melhoria da minha prestação no atual local onde exerço funções, tendo sido realizadas atividades que levaram ao desenvolvimento de competências especializadas com progressiva capacidade para um agir fundamentado, competente e seguro, que passo a explicitar nos subcapítulos seguintes.

2.1. CREDITAÇÃO: VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

Antes de mais, é importante referir que, além das 400h de contacto a realizar na UC “Estágio Final e Relatório” está contemplado um período no Mestrado para a UC “A pessoa em situação crítica e família – Vigilância e Decisão Clínica”, cuja creditação me foi cedida devido à prévia experiência profissional e à luz do Artigo 4º do Aviso 3127/2016, publicado no Diário da República, 2ª série – N°47 – 8 de Março de 2016 (Aviso nº 3127/2016 de 8 março de 2016, 2016).

Deste modo, neste capítulo pretendo refletir acerca da minha experiência prática prévia, que me permitiu a creditação à UC de Vigilância e Decisão Clínica.

Durante os cerca de 12 de anos de experiência profissional foi-me possível desenvolver competências técnicas, organizacionais, comportamentais e humanas no que concerne à prestação de cuidados de Enfermagem à PSC, com particular atenção aos últimos 8 anos em SUGP, com Centro de Trauma Integrado, localizado num Hospital Central da região de Lisboa, onde são atendidos adultos e família em diversas vertentes da área médica, cirúrgica (geral, plástica e maxilo-facial), neurocirúrgica, neurológica, ortopédica e urológica.

Ao longo do meu percurso profissional, procurei prestar cuidados individualizados e seguros à PSC e família, passando pela identificação de problemas, planeamento das intervenções de enfermagem tendo em conta a prevenção de riscos e identificação de potenciais problemas e execução de cuidados de enfermagem adequados, centrados na relação de ajuda com a pessoa e família e respeitando a privacidade, dignidade e direito à informação das mesmas.

Importa caracterizar o SU como um serviço complexo, multidisciplinar e multiprofissional, onde os diferentes profissionais se articulam de forma simultânea e em equipa, tendo como objetivo comum o benefício da pessoa, ocorrendo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência (Despacho Normativo n.º 11/2002). Um SUGP, tal como o local onde presto cuidados, trata-se do nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência (Despacho n.º 10319/2014, sendo ainda relevante salientar a extensa área de abrangência assim como a grande afluência de utentes.

O meu percurso no SUGP tem sido pautado por desafios diários e permanentes, com necessidade de um saber abrangente, com diferentes níveis de cuidados. A prestação de cuidados neste contexto é bastante peculiar, com necessidade de um saber científico e técnico que permita a intervenção rápida e eficaz no cuidado à PSC, com recurso à gestão de prioridades e tomada de decisão fundamentada, frequentemente condicionada por grande stress emocional, e que torna imperativa a capacidade de adaptabilidade individual do profissional, assim como uma necessidade de investimento pessoal do mesmo, no que se pode concluir ser um ambiente muito propício ao crescimento pessoal e profissional. Ainda de salientar que as particularidades físicas do hospital onde exerço atividade levam

à necessidade frequente de realizar transporte não só intra-hospitalar, como inter-hospitalar, o que implica uma capacidade de gestão de recursos humanos e materiais, indo ao encontro de uma das competências comuns do enfermeiro especialista, a de gestão de cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Este contexto apresenta-se como muito desafiante no que concerne à prestação de cuidados de qualidade, tendo por base as normas de boas práticas, com respeito pela privacidade, dignidade e unicidade de cada pessoa e sua família, respeitando o seu próprio projeto de vida e de saúde, salientando a importância do desenvolvimento das competências de comunicação para obtenção deste objetivo.

Ao longo do meu percurso realizei diversa formação que sustenta a minha prática, nomeadamente o Curso de Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida, imprescindíveis na prestação de cuidados à PSC. Possuo, ainda, a formação em *Triagem de Manchester*, que vai ao encontro do Despacho n.º 18459/2006, de forma a cumprir com o sistema de triagem previsto para os SU, onde se define o tempo recomendado até à observação médica, salientando o papel preponderante do enfermeiro na correta atribuição de prioridade consoante a queixa/sintoma da pessoa, sem qualquer juízo sobre o diagnóstico (Grupo Português de Triagem, 2002).

Ainda de referir que participo na ativação das diversas Vias Verdes (VV) existentes no meu serviço: VV Trauma, VV AVC, VV Sépsis e VV Coronária, que permitem criar uma resposta rápida em determinadas situações e que, não raras vezes, carecem de um “olho clínico” treinado para a sua identificação precoce, com vista a uma melhor resposta e recuperação consequente, indo ao encontro do expectável para um enfermeiro especialista na deteção precoce de sinais e sintomas de gravidade.

Integro, ainda, a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, que dá resposta às necessidades urgentes e emergentes dentro do recinto hospitalar, inclusive nos serviços de internamento.

Nas salas de emergência ocorre a abordagem inicial da PSC, através do algoritmo “ABCDE”, sendo função do enfermeiro aqui alocado realizar e colaborar na realização de diversas técnicas invasivas. Estes locais apresentam diversos recursos materiais, cuja verificação de funcionalidade e integridade é igualmente papel do enfermeiro, seguindo os protocolos implementados no serviço.

Ainda de salientar que me foi possível integrar o grupo dinamizador da Segurança do Medicamento, que vai ao encontro do Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020, cujo objetivo principal é o de contribuir para a segurança da pessoa doente através da implementação de práticas seguras na área da Gestão na Segurança do Medicamento, estando, assim, incluído nos programas de melhoria contínua dos cuidados e com grande ênfase na prevenção do risco.

Tenho também colaborado na integração de novos elementos no serviço e nas salas de emergência, seguindo o protocolo existente, apresentando-se como um processo complexo, multidimensional e exigente para ambas as partes, sendo papel do enfermeiro integrador a orientação dos cuidados e a sua supervisão, garantindo a segurança e qualidade dos mesmos, procurando a integração do novo elemento não só nas rotinas do serviço como na própria equipa.

Já tive ainda, a oportunidade de orientar estudantes de licenciatura, sendo que o meu papel se centrou na definição conjunta de objetivos e estratégias de aprendizagem, tendo por base a deontologia profissional, perspetivando uma prática de cuidados segura e de qualidade.

Tenho sido elemento participativo nas alterações constantes impostas pela pandemia por COVID-19, com a alteração de circuitos, funcionalidade e dinâmica, tendo-se demonstrado um período bastante complexo, onde contribui através da identificação de lacunas, transmissão de necessidades e colaboração na resposta às mesmas. De salientar igualmente a participação em treinos de prática simulada, nomeadamente no vestir/despir de equipamentos de proteção individual (EPI), assim como de formações específicas, como a ventilação mecânica invasiva (VMI) emergente e protocolos na preparação de fármacos.

De salientar que o risco de contaminação e propagação inerentes à prestação atual de cuidados levantou a necessidade de grande formação e treino, de modo a construir uma tomada de decisão segura, muitas vezes em situações emergentes e, consequentemente, stressantes, visto na maioria das situações apenas se encontrarem um médico e um enfermeiro, sem possibilidade de esclarecimento imediato de dúvidas com os pares.

Para colmatar a ausência de visitas, e consequente dificuldade em obter informações, durante a fase pandémica, surgiu um projeto de comunicação de informações por parte do enfermeiro responsável pela pessoa doente, em Sala de Observação, do qual participo

e que tem sido bastante gratificante. De modo a abranger as informações a todos os familiares das pessoas cujo atendimento não passa pelas Salas de Observação, surgiu ainda um projeto, criado igualmente pela equipa de enfermagem, com um gabinete e uma equipa próprios para o efeito.

Considero, assim, ser pertinente o uso do termo enfermeiro “perito” para descrever o meu nível de competências no atual local de trabalho, visto agir a partir “de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p. 58), apercebendo-me da situação como um todo, utilizando o que já experienciei como base para ir ao centro do problema, sem me dispersar em pormenores inúteis (Benner, 2001), utilizando o raciocínio crítico e agindo de forma autónoma.

Segundo Benner (2001), o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial, dando-se ênfase à experiência profissional. Na sua obra “De iniciado a perito”, a autora adapta o modelo de Dreyfus como referência à aquisição de conhecimentos e de competências para os enfermeiros, salientando a necessidade de pessoas peritas nesta disciplina “para modelar as transições dinâmicas entre o conhecimento pessoal e a situação clínica” (Benner, 2001: p.38).

Benner (2001) introduziu a visão de existirem diferentes etapas por onde o enfermeiro, no decorrer da sua prática profissional, desenvolve as suas competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Segundo Benner (2001: p.33), “os enfermeiros peritos aprendem a reconhecer mudanças fisiológicas subtis” (Benner, 2001, p. 33), mesmo antes de se verificarem alterações objetivas na pessoa.

Longe de terminada a minha jornada de aprendizagem neste local, procuro diariamente a melhoria contínua, baseando a minha prática na evidência, na busca de atualização de conhecimentos, procurando participar na tomada de decisão conjunta com a equipa.

2.2. UNIDADE DE NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

O estágio na UNRI decorreu entre o dia 7 de setembro e o dia 25 de outubro de 2020, com um total de 180 horas de contato.

A Unidade onde decorreu o estágio apresenta-se como um centro de referência a nível nacional, para a área de neurorradiologia de intervenção na doença cerebrovascular (Despacho n.º 6669/2017). Funciona em 2 salas de exames, cada uma com equipamentos

de Angiografia biplanar, material para monitorização contínua de sinais vitais, medicação necessária para os procedimentos, nomeadamente para apoio anestésico e tratamento endovascular, uma sala para aquisição e tratamento de imagem e envio para as redes de comunicação, onde se encontram monitores com telemetria, monitores para visualizações de exames de imagem, assim como computadores de apoio aos profissionais. Existe uma sala para recobro com lotação de 3 camas, que está, desde o início da pandemia por COVID-19 em Portugal, no mês de Março de 2020, a ser utilizada para armazém de material que se encontrava nas salas de realização dos exames, por necessidade de se retirar o mesmo destas em caso de realização de procedimentos a pessoas suspeitas ou confirmadas com infeção por SARS-CoV-2, sendo o recobro das pessoas realizado dentro das salas de exame.

Este centro de referência oferece à pessoa com patologia cerebrovascular, vascular e vertebro-medular, diagnóstico e tratamento endovascular, em todas as patologias desta área, abrangendo adultos e crianças. Realizam-se assim, angiografias cerebrais de diagnóstico e de intervenção, o que engloba diversos procedimentos: trombectomia, trombólise intra-arterial, embolização de tumores, embolização de malformações e fístulas artero-venosas, embolização de aneurismas, embolização em contexto de epistáxis, colocação de stents carotídeos e intra-cranianos, tratamento de vasospasmo pós hemorragia subaracnoideia espontânea; e, ainda, o tratamento de patologia de coluna vertebral, tal como a vertebroplastia, ozonoterapia, radiofrequência, infiltração facetária e epidural, bloqueio ganglionar, biópsia óssea e de disco, blood patch e infiltração de plasma rico em plaquetas. Todos estes procedimentos têm em comum a realização do diagnóstico ou tratamento através de uma técnica minimamente invasiva guiados por técnicas de imagem, através da fluoroscopia, e a utilização de meios artificiais de contraste ou a administração de fármacos torna facilitador o diagnóstico ou a terapêutica.

A angiografia trata-se de uma técnica de imagem, integrada na neurorradiologia e radiologia de intervenção, facilitadora da avaliação do diagnóstico e terapêutica de imagem. A sala de angiografia equipara-se a uma sala cirúrgica, com equipamentos avançados de imagem, sendo que as funções do enfermeiro da UNRI se equiparam às do enfermeiro peri-operatório (Fernandes & Vale, 2014).

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa é multidisciplinar, constituída por 6 enfermeiros, 8 neurorradiologistas, sendo 6 especialistas e 2 internos, 2 técnicos de radiologia, 4 assistentes operacionais e 1 assistente técnica.

De salientar que as pessoas submetidas a intervenção vascular são, sempre que a gravidade clínica o justifique, referenciados à UCI, nomeadamente à UCIP Neurocríticos e Trauma, local onde ocorreu o segundo módulo de estágio.

Foram traçados dois **objetivos específicos** para este módulo de estágio: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, em contexto de Neurorradiologia de Intervenção, em particular à pessoa com patologia aneurismática cerebral e, contribuir para a melhoria da segurança da equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados à PSC submetida a tratamento endovascular emergente, com suspeição ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2.

Apesar de o meu local atual de prestação de cuidados fazer parte do percurso da pessoa a quem se presta cuidados na UNRI, o meu nível de competências não era comparável com o do no meu local de trabalho. Não me sentindo uma principiante, pois apresentava conhecimentos e experiência prévios que me auxiliavam na tomada de decisão e prestação de cuidados autónoma em determinadas situações, tendo igualmente uma ideia global e holística da pessoa, esta era uma realidade muito díspar da minha, com materiais e cuidados muito específicos, necessitando, inicialmente, de muito apoio do enfermeiro orientador, pelo que me considero inicialmente, quanto a este contexto, a nível de competente, na medida em que tenho a capacidade “de fazer frente a muitos imprevistos, que são o normal da prática de enfermagem” (Benner, 2001, p. 54).

Assim, o período inicial apresentou-se como um desafio, com uma enorme necessidade de realizar pesquisa bibliográfica, que se prolongou durante todo o período, nomeadamente no que toca aos materiais utilizados e aos fármacos mais administrados, tanto no tratamento das patologias, como na anestesia das pessoas. Iniciei o meu percurso baseando-me mais na observação participativa, com a possibilidade de assistir a diversos procedimentos, e escalando para uma colaboração mais presente nos cuidados, tentando ao máximo absorver as oportunidades de aprendizagem.

Durante a primeira semana foi-me possível conhecer a estrutura física e organizacional do serviço, assim como as funções de cada elemento da equipa multidisciplinar e consultar protocolos, normas, procedimentos e a metodologia implementada, que

considero serem fundamentais para a prática de enfermagem na medida em que permitem a sistematização e padronização das atividades, acelerando a sua realização, diminuindo, ainda a probabilidade do erro e promovendo cuidados seguros e de qualidade.

As oportunidades de aprendizagem foram diversas, superando as minhas iniciais expectativas, pelo que irei enumerar algumas.

Os procedimentos realizados na UNRI, e em especial, as angiografias cerebrais, são equiparadas a procedimentos cirúrgicos, apesar de minimamente invasivos. Existe, assim a equiparação da ansiedade descrita e vivenciada pela grande maioria das pessoas a quem tive oportunidade de prestar cuidados neste âmbito, aquela vivenciada pelas pessoas no período pré-cirúrgico.

Pude aperceber-me que o acolhimento da pessoa na UNRI se apresenta como um momento carregado de sentimentos como ansiedade, medo e insegurança. Não pude deixar de sentir empatia quanto ao período que vivenciavam, procurando compreender as suas emoções e tentando ajudá-las a vivenciar este momento com o menor impacto possível (Phaneuf, 2005), através da escuta ativa, da comunicação não verbal, nomeadamente quanto à minha postura e toque, esclarecimento acerca do procedimento, equipamentos envolventes e de quaisquer dúvidas existentes. A empatia apresenta-se como “a habilidade de se colocar no lugar das pessoas” (Terezam, Reis-Queiroz & Hoga, 2017, p.697), tendo vindo a demonstrar-se, ao longo do meu percurso profissional e pessoal, como uma característica fundamental para a prestação de cuidados, sendo que a sua ausência está relacionada, segundo a literatura, com a diminuição da satisfação das pessoas com os cuidados de saúde (Terezam, Reis-Queiroz & Hoga, 2017).

A minha conduta ao longo da prestação de cuidados tem sido pautada pelo respeito pela privacidade e dignidade da pessoa, não sendo este contexto uma exceção, salientando ainda que a salvaguarda da privacidade e intimidade da pessoa está claramente espelhado no Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 86º. Os procedimentos neste contexto implicam a exposição do corpo da pessoa, pelo que, no caso de pessoas conscientes, autónomas e sem necessidade de total repouso, a substituição da roupa da pessoa pela roupa hospitalar foi realizada pela mesma, com um biombo entre a pessoa e a sala dos profissionais, respeitando igualmente a sua autonomia. No caso de pessoas com necessidade de auxílio da minha parte, questionei inicialmente se poderia ajudar, mantendo a exposição ao mínimo necessário.

Considero a comunicação terapêutica na prática da enfermagem como algo fundamental e inerente ao exercício da profissão, uma vez que é através da mesma que o enfermeiro se relaciona com a pessoa a quem presta cuidados (Silva, 2006). A comunicação terapêutica utiliza técnicas verbais e não verbais e centra-se nas necessidades das pessoas a quem se presta cuidados, com vista à sua melhoria, sendo ainda promotora de confiança, pelo que descrevo um episódio que transmite a importância da comunicação terapêutica.

Particpei da realização de uma Angiografia, em contexto de VV AVC, de um jovem de cerca de 30 anos, o Sr. H., que apresentava hemiparesia esquerda e agitação psicomotora de início súbito naquela madrugada, e que apresentava histórico comprovado de consumo de substâncias ilícitas. Durante a realização deste exame foi necessário intervir por diversas vezes de forma a manter o Sr. H. colaborante e permitir a realização de trombectomia. Apresentava períodos de grande agitação psicomotora, com anosognosia, pelo que optei por me centrar na comunicação com o Sr. H. de modo a assegurar que não ocorressem complicações decorrentes da sua agitação.

Assim, permaneci ao lado do Sr H. durante todo o procedimento, tentando manter a sua atenção no meu discurso, lembrando-o onde se encontrava e o que havia acontecido, esclarecendo os passos seguintes e a importância da sua colaboração, utilizando o toque sempre que necessário. Toda a equipa teve ainda o cuidado de manter um ambiente calmo, que também foi um fator que conduziu ao sucesso da técnica.

No final do procedimento mantive-me ao lado do Sr H., lembrando-o, através de indicações e do toque no membro inferior direito, da necessidade de cumprir as indicações que lhe dava, nomeadamente de manter a extensão desse membro, despistando igualmente sinais de compromisso neurocirculatório. Assim permaneci até à chegada do enfermeiro do serviço para onde o Sr H. seria transferido, tendo o cuidado de realizar uma correta transição de cuidados. Este apresenta-se como um aspeto fundamental para a prestação de cuidados seguros à pessoa, estando “associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade” (DGS, 2017, p. 5).

Para uma transição segura de cuidados considero ser primordial que a comunicação entre os profissionais intervenientes seja eficaz, de forma a contribuir para uma redução de erros e diminuição de lacunas na transmissão de informação, que, ao não acontecer, pode levar a uma quebra na continuidade de cuidados, acarretando danos à pessoa doente

(DGS, 2017). Assim, para a transição de cuidados do Sr H. utilizei a técnica conhecida como ISBAR (sigla em inglês que corresponde a I – Identificação, S – Situação, B – Antecedentes, A – Avaliação e R – Recomendações), que me permite uma fácil memorização e compreensão, apresentando-se como uma ferramenta padronizada, simples e clara que permite a rápida, completa e uniforme transferência de informação (DGS, 2017).

Apesar de o transporte do Sr H. não ter sido assegurado diretamente por mim, realizei o seu planeamento, seguindo as indicações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, nomeadamente através da seleção dos meios de monitorização, assim como de outros equipamentos, tais como monitor e seringas infusoras, com a preocupação de prever possíveis complicações, nomeadamente a perda de acessos venosos, a inadequada reserva de oxigénio ou a avaria de algum equipamento acima descrito, assim como a falta de bateria destes.

Durante a minha prática profissional tem-me sido possível objetivar que o período de transporte da PSC pode ser de grande instabilidade para a mesma, o que pode trazer agravamento do estado clínico e condicionar complicações, pelo que a palavra de ordem é a prevenção, mantendo a máxima: “o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar” (Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos, 2008, p. 10).

No caso do acolhimento de pessoas com diagnósticos que conferem alteração do estado neurológico, é efetuada uma avaliação do mesmo. Assim, no caso da Sra M., chegada para realização de Angiografia, com o diagnóstico inicial de Hematoma intraparenquimatoso, avalei um Score de Glasgow de 15 e sem défices motores. Durante a realização do exame, com apoio de anestesiologia, mas sem necessidade de sedação, pude objetivar, através da avaliação do Score de Glasgow, um agravamento do estado de consciência da Sra M, tendo prontamente comunicado à equipa de anestesiologia e aos neurorradiologistas, que confirmaram um agravamento da lesão cerebral prévia. A equipa de anestesia decidiu por realizar intubação orotraqueal da Sra M., para proteção da via aérea e foi agilizada a comunicação com a equipa de Neurocirurgia. A Sra M. seguiu de imediato para o Bloco Operatório, onde foi realizada uma craniectomia descompressiva, pelo que saliento a prontidão e rapidez não só na deteção do agravamento neurológico da Sra M., como pela agilização dos procedimentos necessários para a pronta transferência

da Sra M. para o Bloco Operatório, possíveis pela enorme capacidade de articulação da equipa, que funcionou como um todo, onde cada um teve o seu papel, e onde me pude incluir.

Saliento mais um episódio ocorrido durante este estágio em que pude vivenciar uma complicação ocorrida durante a angiografia à Sra L., que havia sofrido uma rotura prévia de um aneurisma, e que justificou a ida da mesma ao hospital onde lhe foi diagnosticada uma Hemorragia Subaracnoideia (HSA). O tratamento atual de excelência dos aneurismas cerebrais é a embolização através de espiras, sendo que uma das complicações desta técnica é a perfuração do aneurisma (Galimany-Masclans Garcia-Sort & Pernas-Canadell, 2009) com a consequente nova hemorragia do mesmo.

A American Heart Association, no seu documento Diretrizes para a Atuação na HSA Aneurismática (Connolly et al, 2012), estima que um quarto das pessoas que sofrem de HSA tenham um desfecho fatal e que cerca de metade dos sobreviventes fiquem com sequelas neurológicas permanentes. Segundo o mesmo documento, uma nova hemorragia de um aneurisma cerebral está associada a uma maior taxa de mortalidade, assim como a um mau prognóstico quanto à recuperação funcional dos sobreviventes.

Durante o estágio, pude constatar que o papel do enfermeiro na sala de angiografia se centra na manutenção de um ambiente o mais favorável possível para a pessoa, no que toca à segurança, sendo que a deteção precoce de qualquer complicação, nos períodos pré, peri ou pós procedimento pode identificar a sua gravidade e, consequentemente, levar a uma resposta mais rápida por parte da equipa médica, em caso de necessidade de intervenções adicionais, tendo potencialmente, uma melhoria nos resultados (Grimm, 2015). Assim, perante angiografias cerebrais e, em especial nos casos de HSA por rotura aneurismática, realizei atividades como: a avaliação da Escala de Coma de Glasgow, avaliação pupilar, quanto ao tamanho e reação à luz, e avaliação da força muscular (Bowles, 2014).

É importante ressaltar que a deteção e tratamento precoces da HSA causada pela rotura de aneurisma são de extrema importância, assim como a prevenção de complicações decorrentes do mesmo, visto uma nova hemorragia ser habitualmente mais severa que a hemorragia inicial (Bowles, 2014), centrando-se o meu papel durante a angiografia da Sra L. na monitorização apertada dos sinais vitais. Já no período pós-extubação foi por mim realizado um exame neurológico mais conciso e completo, não tendo havido

alterações a registar, mantendo-se com um Score de Glasgow de 15, sem défices motores e com pupilas isocóricas e isorreativas.

O momento descrito acima foi vivido com grande ansiedade e posterior auto-reflexão, o que, após reflexão conjunta com a equipa, pude concluir que o foi para todos os elementos, tendo havido capacidade de atuar sob pressão o que interferiu no “(...) estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4749).

À luz das competências descritas no Regulamento das Competências Específicas do EEMC, pretende-se que este consiga implementar as “intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados” (Regulamento nº249/2018, 2018, pág 19361), salientando-se ainda a otimização do ambiente e os processos terapêuticos na pessoa, estando descrita a ação “diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos”. Ainda no espectro das competências, no que concerne às específicas do especialista em EEMC vertente PSC, saliento que a mobilização de “conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”, esperando-se que o enfermeiro especialista desta área consiga identificar “prontamente focos de instabilidade” e responder “de forma pronta e antecipatória” aos mesmos (Regulamento nº249/2018, 2018, pág 19363).

Tive ainda a possibilidade de vivenciar um momento de clara priorização, pelos profissionais deste serviço, em relação à pessoa significativa/família da pessoa doente.

Tratou-se da realização de uma angiografia cerebral eletiva de uma jovem de 17 anos, a I., que vivia noutra cidade e cuja mãe estava hospedada num hotel perto do hospital. À entrada da sala de angiografia, durante o seu acolhimento, consegui aperceber-me da sua ansiedade, sempre em busca do nosso olhar, sendo de salientar que, nesta altura, os nossos sorrisos estão escondidos em permanência por detrás de uma máscara, o que dificulta a comunicação não verbal. Perguntava igualmente pela mãe, que ainda não se encontrava na sala de espera, tendo o médico responsável conseguido contactá-la via telefone e que estaria a chegar. A equipa decidiu que se iria protelar o procedimento até à chegada da mãe, que a confortou. A I. manteve-se ansiosa, sempre em busca de um olhar, durante o

período de indução anestésica, pelo que optei por ficar ao seu lado. Naquele momento dei-lhe a mão e fui explicando, juntamente com a médica anestesista, qual o passo seguinte e a jovem não voltou a desviar o seu olhar do meu, tendo-me agradecido.

A ansiedade relacionada com a cirurgia e o período pré e pós anestésico é uma das grandes ameaças ao conforto psicoespiritual (Wilson & Kolcaba, 2004). O período pré-operatório é, na grande maioria das pessoas, experienciado com grande preocupação. As pessoas doentes estão, muitas vezes, preocupadas com os seus desconfortos, com o procedimento em si ou simplesmente com medo da anestesia, e este desconforto leva a ansiedade (Seyedfatemi, Rafii, Rezaei & Kolcaba, 2014). Pude observar que a minha preocupação com a manutenção do conforto da I. neste período foi primordial e que levou ao alívio da sua ansiedade, tendo transmitindo segurança, e reduzindo complicações futuras (Seyedfatemi, Rafii, Rezaei & Kolcaba, 2014).

O enfermeiro apresenta-se como a pessoa que “promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo”, sendo que o conforto pode ser considerado como parte integrante dos cuidados de enfermagem (Apóstolo, 2009, p. 62). Kolcaba e Wilson (2002) acrescentam que a anestesia representa uma perda de controle, sendo que o colocar a sua vida nas mãos de alguém que pouco se conhece é um evento gerador de medo. A pessoa doente necessita de sentir que o enfermeiro que o acompanha entende a sua ansiedade o suficiente para o ajudar a encontrar o conforto. As medidas de conforto definidas por estes autores incluem a resposta às dúvidas e questões, o apoio emocional à pessoa e família, a escuta ativa, o ensino quanto ao alívio da ansiedade, assim como medidas de compaixão, uma linguagem corporal positiva, uma atitude carinhosa, projetando otimismo.

Ainda, Kolcaba e Wilson (2004) defendem que outras medidas de conforto, podem ainda comportar as chamadas “comfort food” para a alma, algo que excede o que as pessoas esperam, mas que são normalmente muito apreciadas, tais como o toque e o segurar a mão, entre outras.

Refletindo acerca do desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista, no momento descrito, que se assemelha a um momento pré-anestésico vivenciado pelas pessoas no período pré-cirúrgico, considero ter ido encontro com o revisto na literatura, salientando o olhar, o toque, o segurar da mão, e a tentativa de esclarecimento em relação às suas dúvidas quando aos procedimentos seguintes.

O segundo **objetivo específico** foi definido após análise e discussão com o enfermeiro orientador, indo ao encontro das dificuldades por mim diagnosticadas na equipa de enfermagem e após a realização de conversas informais aos elementos, assim como à enfermeira responsável, tendo transparecido uma clara preocupação de todos os elementos quanto à realização de exames a pessoas em contexto urgente e, conseqüentemente, sem possibilidade de apresentarem resultado do teste de despiste de infeção por SARS-CoV-2 previamente ao procedimento.

Assim, selecionei diversa literatura acerca do tema, direcionado para a sala de angiografia e no caso do tratamento urgente e emergente da pessoa com sinais e sintomas de AVC, e quais as atitudes da equipa na prevenção da contaminação, com atenção particular à evidência mais recente visto ser um tema novo e em constante atualização. Esta informação foi posteriormente transmitida por mim à equipa multidisciplinar, com especial ênfase no despiste de sinais e sintomas relacionados com a infeção por SARS-CoV-2, assim como no protocolo seguido por diversos países – o “*Protected Code Stroke*” – em que se salienta a realização de angiografia cerebral urgente sob medidas que incluem o uso de equipamento de proteção individual e modificação de comportamentos humanos, no âmbito da triagem de sintomas e da dinâmica de cuidado (Khosravani, Rajendram, Notario, Chapman & Menon, 2020), devendo a equipa, em caso de dúvida ou de ausência de confirmação de não suspeição, considerar o caso suspeito, agindo em conformidade e consoante a norma existente no serviço.

Os resultados da pesquisa foram partilhados com a equipa através de conversas informais e a documentação de apoio selecionada foi adicionada à pasta partilhada já existente no serviço, encontrando-se no Anexo I do presente Relatório.

As atividades desenvolvidas para responder ao segundo objetivo específico foram ao encontro de uma das competências previstas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: “disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento nº140/2019, p. 4744), tendo ainda colaborado para uma prática de qualidade, “gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e garantindo “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº140/2019, p. 4745), passando pela incorporação na prática dos resultados que decorram da investigação realizada. Este tema esteve igualmente em consonância com as competências específicas do EEMC na área à

PSC, na medida em que o seu regulamento prevê que o enfermeiro responda “eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção” (Regulamento nº249/2018, p.19362).

A maior dificuldade na concretização deste objetivo foi a sensibilização da equipa médica, devido maioritariamente, a ausências da mesma durante a parte final do estágio.

Importa salientar que me senti totalmente integrada no serviço e na equipa multidisciplinar, o que demonstrou ser um fator muito facilitador na aprendizagem, sendo de ressaltar os esforços de toda a equipa para alcançar os objetivos traçados, principalmente do enfermeiro orientador, que sempre promoveu a minha inclusão em todas as atividades.

Como conclusão, este período teve um balanço muito positivo na minha aprendizagem e desenvolvimento de competências, nomeadamente de reflexão, análise e auto-avaliação, havendo a possibilidade de aplicar os conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, assim como na capacidade de realizar decisões fundamentadas, agindo de forma segura, salientando uma condicionante relevante: a redução no número total de procedimentos devido à atual situação pandémica

2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCRÍTICOS E TRAUMA

O módulo de estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos e Trauma, decorreu entre 26 de outubro e 20 de dezembro de 2020, num total de 180 horas de contato.

A Medicina Intensiva apresenta-se como uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, baseada na prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida. Esta área da Medicina é naturalmente multidisciplinar, apresentando como *“objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de molde a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade”* (DGS, 2003, p. 6).

No documento Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento, a Direção Geral da Saúde (DGS, 2003, p. 6) preconiza “áreas dotadas de modelos

organizacionais e metodologias”, onde se devem concentrar competências, conhecimentos e tecnologias, referindo-se assim às UCI.

As UCI apresentam-se como os “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelas pessoas com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”, estando os cuidados intensivos vocacionados para a prestação de cuidados à pessoa com necessidade de uma vigilância permanente, sob suporte tecnológico para o desempenho de funções vitais, em muitos dos casos (DGS, 2003, p.6).

Esta UCI apresenta-se como um serviço moderno, organizado estrutural e fisicamente, com um circuito interno definido na forma de fluxograma. Trata-se de uma UCI vocacionada para as pessoas de diversas patologias, com prioridade para a área de Neurocríticos e Trauma sendo que, a pessoa neurocrítica é aquela com doenças neurológicas que representam risco de vida (Neurocritical Care Society, 2020).

Apresenta capacidade de 16 camas de nível III, as vulgarmente designadas de intensivas, ou seja “destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e portanto necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” e 4 camas de nível I, habitualmente designadas de intermédios, que “devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva” (Ministério da Saúde, 2017, p. 7).

Adicionalmente, este serviço apresenta um quarto de isolamento com 4 vagas, de forma a responder a casos de infeção por SARS-CoV-2. Estruturalmente apresenta ainda uma área de logística, onde se localiza o gabinete médico, gabinete da Enfermeira gestora, gabinete de enfermagem e gabinete administrativo, e ainda uma área para o pessoal, que inclui a sala de trabalho e sala de pausa/refeições. Longe das áreas de circuito interno, encontra-se um gabinete destinado a informações a familiares.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa é multidisciplinar, constituída por 64 enfermeiros, onde se inclui a Enfermeira Gestora, sendo 15 enfermeiros especialistas, 8 com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2 dos quais dedicados à área de gestão e os restantes 7 com especialidade em Enfermagem de Reabilitação. A equipa de Enfermagem está dividida em quatro equipas e em horário de trabalho do tipo roulement. Acrescem-se à equipa 13 assistentes operacionais, 1 assistente administrativo e os

técnicos de cardiopneumologia e radiologia que são chamados sempre que é necessária a realização de algum exame complementar de diagnóstico e terapêutica. A equipa médica é composta por especialistas de Medicina Intensiva com o apoio regular de outras especialidades cirúrgicas maioritariamente Neurocirurgia ou Neurologia (de acordo com situação clínica específica), e ainda especialistas em Anestesiologia.

De modo a potenciar a aprendizagem, tracei dois **objetivos específicos** para este módulo de estágio: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família, em contexto de UCI, em particular às pessoa com patologia aneurismática cerebral e, contribuir para a melhoria da qualidade do sono e repouso da PSC em contexto de UCI, em particular à pessoa com patologia aneurismática cerebral.

Durante a primeira semana procurei conhecer as normas e procedimentos existentes, assim como a metodologia implementada, estrutura física do serviço e funções dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar. Tomei conhecimento dos protocolos específicos e instruções de trabalho existentes, aplicando-os na prestação de cuidados, como por exemplo a alimentação entérica e avaliação de resíduo gástrico, administração de insulina subcutânea, administração de insulina endovenosa, entre outros, que têm como objetivo a uniformização de procedimentos baseados na mais recente evidência científica.

Assisti a diversos episódios de partilha de informação entre a equipa de enfermagem, tanto de forma mais formal, no período da manhã e com os chefes de equipa, como nos períodos de transição de cuidados, nomeadamente na mudança de turno, participando igualmente nestas, que permitem a continuidade dos cuidados e onde havia sempre o cuidado de transmitir informação quanto aos familiares e à eventual visita dos mesmos. Os momentos de partilha de informação mostraram-se igualmente momentos de partilha de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas, permitindo um enriquecimento da prática.

Tal como referido anteriormente, a integração da minha experiência prática prévia foi fulcral no decorrer deste estágio, tendo havido grande necessidade de mobilização de conhecimentos prévios e autorreflexão quanto à necessidade de realização de estudo autónomo para suprimir lacunas de conhecimento e procurar a evidência mais recente. Também a realização do estágio no anterior contexto me permitiu articular conhecimentos, nomeadamente referentes à prevenção de complicações prévias e

posteriores à realização de angiografia cerebral e à compreensão do trajeto da pessoa desde o SUGP até este contexto, passando pela UNRI.

Considero que a procura constante da melhoria dos cuidados prestados, com uma prática baseada na mais recente evidência e fruto igualmente da reflexão crítica, está relacionada com a busca de uma enfermagem avançada - a “Enfermagem com mais Enfermagem” – aquela que permite não só a produção de novo conhecimento de forma a sustentar a tomada de decisão, como uma prática de humanização de cuidados, respeitando a pessoa na sua unicidade e vivenciando as suas transições (Silva, 2006),

A prática reflexiva é ainda uma dimensão fundamental para o enfermeiro especialista, na medida em que lhe permite ter a capacidade de gerir “situações complexas, de enfrentar o imprevisto, de decidir de forma autónoma e responsável e com capacidade de adaptação (...), trabalhar num ambiente de interdisciplinaridade e complementaridade” (Rabiais, 2016, p.129).

O sentimento de total integração nas dinâmicas do serviço e na equipa permitiu um melhor desenvolvimento de competências, tendo sido uma mais valia durante o período de estágio, facilitado não só pelo enfermeiro orientador, como por toda a equipa.

Neste estágio, foi-me possível intervir maioritariamente junto da pessoa com doença neurocirúrgica, da pessoa com doença neurocrítica e com hipertensão intracraniana e com hemorragia subaracnoideia e ainda da pessoa com choque séptico, tendo sido por mim prestados cuidados em situações de grande complexidade, baseando a minha abordagem na identificação precoce de focos de instabilidade e numa visão holística e multiorgânica da PSC, salientando o uso da metodologia do processo de enfermagem (identificação de necessidades, definição de prioridades, definição de objetivos e resultados esperados, planeamento e execução de intervenções, com posterior avaliação e reavaliação de resultados). Os cuidados de enfermagem prestados neste contexto tornam-se ainda mais complexos na medida em que o alvo dos cuidados, pessoa e família se encontram em contínua alteração, exigindo uma intervenção “precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” do EEMC (Regulamento nº249/2018, pág 19363), e uma vigilância apertada da situação clínica.

Tal como referi no contexto anterior, o respeito pela privacidade da pessoa manteve-se sempre presente na minha postura, sendo que pude objetivar que a sua preservação se apresenta como um desafio ainda maior nas UCI, na medida em que a atenção dos

profissionais tem um grande enfoque na manutenção das funções vitais e na tecnologia (Baggio et al., 2011), pelo que tal teve um compromisso ainda maior da minha parte.

Mais uma vez, neste contexto existiu, muitas vezes, a necessidade de expor o corpo da pessoa a quem prestei cuidados, nomeadamente na realização de cuidados de higiene ou de determinados procedimentos, o que “invariavelmente constrange e embaraçada” (Baggio et al. 2011, p. 26) pelo que mantive a exposição ao mínimo, optando por vestir ou cobrir com bata as pessoas conscientes e com lençol todas as restantes, sempre com o cuidado de esclarecer previamente a pessoa, fazendo uso das cortinas existentes, cingindo, ainda, os profissionais presentes ao mínimo necessário, tentando ao máximo manter o ambiente reservado.

A minha atitude foi, novamente, ao encontro de uma postura empática e respeitosa da sua dignidade.

Geralmente, as pessoas submetidas a VMI no meu contexto de prática de cuidados encontram-se sedo-analgesiados e, portanto, sem capacidade de se expressarem, pelo que foi com algum espanto que verifiquei, logo no primeiro turno, que as pessoas se encontravam, na sua grande maioria, sob VMI, e acordadas, aparentemente confortáveis. Na maioria das situações de VMI a pessoa encontra-se entubada orotraquealmente, o que não permite a comunicação verbal, pelo que teria de encontrar estratégias para comunicar com as pessoas. Comecei por utilizar algumas estratégias como a leitura de lábios, o aceno com a cabeça e o uso do “sim” e “não”, esclarecendo as pessoas que não conseguiriam verbalizar. Nas situações mais simples e com respostas rápidas consegui cumprir com as vontades e desejos das pessoas, no entanto, recordo-me da C., de apenas 22 anos, que tinha sido vítima de acidente de viação e que estava gradualmente mais desperta e com menor necessidade de sedação, que parecia querer fazer uma pergunta complexa, pelo que optei por fornecer um papel e caneta e auxiliá-la a utilizá-los. A C. queria saber qual o estado de saúde do irmão, que também estava no acidente com ela. O uso destas estratégias vai ao encontro da literatura, que refere ainda os “gestos (...) aperto de mãos, expressão facial, uso do alfabeto, quadro de palavras e imagens, linguagem corporal e toque” (Cavaco, José & Lourenço, 2013, p. 4541), ressaltando a necessidade de tranquilizar acerca “da temporalidade da incapacidade em falar” (p. 4536), o que irá contribuir para a humanização dos cuidados à pessoa submetida a VMI.

A temática da VMI sempre suscitou em mim um grande interesse sendo, no entanto, um tema em que sentia uma constante dificuldade na prática. Assim, prestei cuidados diretos a pessoas submetidas a VMI, tendo em conta os seus diferentes modos, a avaliação dos volumes ventilatórios, das pressões, da frequência respiratória, do PEEP e das saturações periféricas de oxigénio, tendo sido desenvolvidas competências no âmbito do conhecimento fisiopatológico, atuando ainda de acordo com as normas de boas práticas, nomeadamente os “Feixes de Intervenção” da Pneumonia associada à ventilação (DGS, 2015).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) continuam a ser fortemente associadas ao aumento da morbilidade e da mortalidade, sendo consideradas como o evento mais adverso no âmbito dos cuidados de saúde em todo o mundo (DGS, 2017), pelo que uma das metas traçadas pela DGS para o ano de 2020 foi a de “reduzir a prevalência de infeção adquirida em hospitais < 8%” (DGS, 2017).

A utilização de *bundles* ou feixes de intervenção na minha prestação de cuidados permitiu uma prática baseada na evidência e realizada de forma consistente, agindo como uma diretiva orientadora, na medida em que se apresentam como um conjunto de intervenções implementadas em grupo de modo a cumprir o resultado esperado (DGS, 2015).

A Pneumonia associada à ventilação apresenta-se como uma das mais graves complicações nas UCI (DGS, 2017), pelo que durante a prestação de cuidados a pessoas sob VMI me baseei na mais recente evidência (DGS, 2017), realizando atividades como: manter a cabeceira com elevação igual ou superior a 30°, salvo alguma exceção relacionada com o estado clínico da pessoa, realizar a aspiração de secreções das vias aéreas sempre que necessário, manter a vigilância da pressão do balão endotraqueal (entre 20 a 30 cmH₂O), fazendo uso do ventilador para o efeito, em diversas situações, com o seu método de adaptação inteligente e ainda a substituição dos circuitos respiratórios em caso de se apresentarem com sujidade ou condensação. A higiene oral foi igualmente alvo da minha atenção, realizando lavagem com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, cumprindo os três momentos por dia.

A monitorização dos valores de pressão intracraniana (PIC) e cuidados inerentes foi igualmente desafiante e novo para mim, sendo algo bastante específico desta unidade, pela caracterização das pessoas aqui internadas. A intervenção de enfermagem especializada é fundamental na gestão dos valores normais de PIC, não só pela sua

extrema importância na prevenção de lesões neurológicas secundárias, como pela sua rápida oscilação, como me foi possível verificar durante os turnos em que prestei cuidados a duas pessoas com este dispositivo. Foi através da vigilância apertada e identificação precoce de potenciais focos de instabilidade que consegui identificar que os maiores geradores de aumento de PIC no R., eram o ruído, a luz e os posicionamentos. Assim, tal levou-me a tomar algumas medidas, tais como a de manter os estímulos ao mínimo, reduzindo a realização de cuidados invasivos, a promoção do silêncio na sala (que é partilhada com mais 3 pessoas doentes e um enfermeiro), havendo, por vezes, necessidade de sensibilizar os profissionais para o respeito desse mesmo silêncio, o encerrar da porta junto do R., onde coloquei um aviso para esta não ser utilizada, a redução das luzes da sala e mais especificamente junto ao R., colocando uma barreira visual na fachada, que permite a entrada de luz do corredor para a sala, e utilizando, ainda, compressas para simular uma venda. A identificação de períodos de aparente desconforto do R. permitiu-me ainda a sua comunicação imediata à equipa médica, de modo a realizar o ajuste de sedo-analgésia. Todos estes cuidados foram suportados pela evidência encontrada na literatura (Arbour, 2004).

O sistema não invasivo de controlo de temperatura através de um processo de imersão em água seca, conhecido como Arctic Sun, foi outra técnica, desconhecida para mim, que pude utilizar no R., que mantinha hipertensão intracraniana refratária e com períodos de hipertermia. A febre está associada a um mau resultado neurológico relacionado com a lesão craniana traumática (Rivera-Lara, Zhang, & Muehlschlegel, 2012), sendo que o tratamento convencional não é habitualmente eficaz no caso de hipertermia pós lesão cerebral traumática grave (Puccio, Fischer, Jankowitz, Yonas, Darby & Okonkwo, 2009). O aumento da temperatura do R., para valores de subfebril, estava igualmente relacionado com o aumento da PIC, objetivado a partir do cateter, pelo que a equipa médica decidiu iniciar a técnica de controlo não invasivo de temperatura. Para além do controlo apertado da temperatura para evitar a hipotermia, vigiei sinais de lesões cutâneas decorrentes da aplicação das placas de gel e ainda sinais de *shivering*, que para além de ser extremamente desconfortável, aumenta a pressão intracraniana, totalmente indesejável neste caso, estando associado a um aumento do consumo de oxigénio e a um aumento do stress metabólico cerebral (Jain, Gray, Slisz, Haymore, Badjatia & Kulstad, 2018), agindo rapidamente para reverter qualquer situação indesejada.

As técnicas diferenciadas descritas vão ao encontro do referido pela Ordem dos Enfermeiros na “administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento nº429/2018, 2018, p.19363), tendo-me sido possível enriquecer conhecimentos neste âmbito.

Também a temática do controlo de infeção se tornou um foco da minha intervenção, considerando a necessidade de recurso a técnicas invasivas para fazer face à complexidade da situação da tipologia de pessoas internadas neste serviço, o que leva a que estes se encontrem numa posição de maior vulnerabilidade ao risco de infeção (Regulamento nº429/2018, 2018), e na tentativa de ir ao encontro dos rigorosos padrões de qualidade que regem a prática da profissão de enfermagem. Tal levou-me ao levantamento do diagnóstico de “risco de infeção” nas pessoas de forma frequente, relacionado com os múltiplos interfaces e dispositivos clínicos conectados à mesma, tais como Cateter Venoso Central (CVC), Linha Arterial, Tubo Orotraqueal, Cateter de PIC, Drenos Torácicos, Cateter Venoso para Técnica de Substituição Renal, e até relacionado com a presença de suturas operatórias ou de lesões traumáticas, salientando a capital importância na manutenção da assepsia na minha prestação de cuidados.

Considero que o EEMC se apresenta como uma peça fundamental na base da prevenção das IACS, por vezes através de estratégias simples, como o cumprimento da higienização das mãos nos cinco momentos preconizados pela DGS, a correta utilização de EPIs (DGS, 2015) e da sensibilização da restante equipa acerca destas temáticas. A familiarização e aplicação das normas e bundles na prática foi de grande importância para o meu percurso, salientando a que se refere ao Cateter Venoso Central, dispositivo tão comum nas pessoas internadas neste contexto e cujas infeções relacionadas são consideradas como eventos potencialmente evitáveis (DGS, 2015).

Cumprido com o designado pelo “feixe de intervenções”, definido pela DGS, cumpro sempre com a técnica asséptica aquando da realização do penso do mesmo, com desinfeção com cloro-hexidina 2% em álcool, utilizando máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado como suporte para o material de penso. A avaliação da necessidade de substituir o penso do CVC foi realizada turno a turno, confirmando igualmente através da data registada no mesmo, substituindo sempre que o penso se encontrasse visivelmente sujo, com sangue ou desadaptado da pele. Tive sempre disponível a utilização de penso transparente, pelo que a periodicidade de substituição do mesmo se preconiza de 7 em 7

dias, caso íntegro (DGS, 2015). Realizei ainda a substituição de prolongamentos de perfusões de fármacos, de acordo com a estabilidade dos fármacos, nunca excedendo as 24h e substituição dos sistemas de soros, incluindo torneiras e prolongamentos às 96h, com exceção dos sistemas de alimentação parentérica que se substituem às 24h.

Na manipulação das conexões e pontos de acessos de sistemas e prolongadores do CVC realizei a descontaminação das mesmas recorrendo à fricção com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70°, durante 10 a 15 segundos, antes de qualquer manuseamento local, permitindo a secagem total antes de conectar qualquer dispositivo estéril (DGS, 2015).

Durante o estágio utilizei o protocolo de sedoanalgesia vigente no serviço, vigiando o nível de sedação através da escala RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*), cujo intuito é o de avaliar, de forma uniformizada, o grau de sedação e agitação das pessoas doentes, de forma a controlar a dor e diminuir efeitos adversos da utilização de fármacos sedativos e analgésicos. Pude constatar que a utilização deste tipo de protocolos, suportada pela evidência, previne os níveis infra ou sobre terapêuticos da sedoanalgesia administrada, permitindo ajustes frequentes destes fármacos, na medida em que demonstra a avaliação periódica do nível de sedação através de escalas, comprovadamente adequadas e validadas (Olmos, Varela & Klein, 2019).

A gestão da dor mostrou-se uma área fulcral no âmbito dos meus cuidados neste estágio, sendo esta uma área de intervenção do enfermeiro que permite aliviar o sofrimento da pessoa doente e proporcionar-lhe conforto e bem-estar (Kolcaba, 2003). Assim, durante todo o período de estágio utilizei a Escala de Avaliação, descrita na Circular Normativa N°9 da DGCG (Circular Normativa N° 09/DGCG, 2003) em pessoas conscientes e colaborantes, e a *Behavioral Pain Scale* (BPS) em pessoas incapazes de comunicar, devido à sedação, estado clínico ou por entubação orotraqueal, com vista à obtenção de um valor que pudesse transmitir a resposta da pessoa às intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, implementadas, que se torna ainda mais especial aquando da prestação de cuidados à pessoa com alteração do estado cognitivo e consequente dificuldade na expressão verbal (Ordem dos Enfermeiros, 2008). De salientar que considero que intervenções aparentemente simples, tais como uma conversa aquando da realização de cuidados que podem trazer desconforto, fazer toda a diferença na humanização de cuidados e na gestão da dor.

A utilização das escalas descritas, juntamente com a escala de sedo-analgesia RASS, permitiu-me adequar a sedo-analgesia, gerindo a mesma de forma eficaz.

Esta competência vai ao encontro do que se pretende que o EEMC na vertente de PSC realize: *“a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”* (Ordem dos Enfermeiros nº249/2018, 2018, p. 19363). A complexidade das pessoas internadas em UCI, juntamente com o ambiente tecnológico desta, leva a que o controlo da dor seja um foco central da atividade do enfermeiro (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 2011).

Durante o período de estágio nesta UCI e devido à ausência de visitas de forma sistemática pela atual situação pandémica, surgiu um grande interesse da minha parte acerca das vivências dos familiares das pessoas internadas na UCI, tema transversal a este relatório, procurando demonstrar *“conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador”* (Regulamento nº249/2018, 2018, p. 19363), tentando assim reduzir o impacto do ambiente da UCI na PSC e na dinâmica familiar.

Neste âmbito, foi-me possível acompanhar de forma fugaz a visita de uma mãe ao seu filho em estado crítico, o A., que havia sido vítima de acidente de viação e se encontrava com prognóstico reservado, tendo-me apercebido do choque que a mesma vivenciou ao observar o filho no meio da panóplia tecnológica que o rodeava, assim como da gestão de diversa informação fornecida acerca do seu estado. O início de qualquer visita nesta UCI pressupõe o acompanhamento do enfermeiro responsável pela pessoa doente até esta, assim como a partilha de informações, tendo ainda o cuidado de realizar uma preparação para este primeiro contacto, na tentativa de minimizar o impacto emocional da imagem do seu ente querido, quase irreconhecível. A mãe do A. foi informada acerca do que iria observar, nomeadamente os monitores e alarmes, os dispositivos que o filho apresentava, as luzes e o facto de este estar sedado.

Outra situação que me marcou, foi a estadia muito prolongada do Sr F., cuja família vivia longe de Lisboa, mas que se manteve sempre informada pela equipa acerca do seu estado, tendo sido possível eu realizar uma videochamada com a esposa e filhos para o poderem ver, tendo havido uma preocupação prévia em explicar que a VMI e entubação orotraqueal não permitiriam que o Sr F. verbalizasse, mas que eu iria servir de intérprete, realizado leitura dos seus lábios caso necessário, tendo a família ficado visivelmente

emocionada e grata pelo momento. Fiquei a saber posteriormente que o Sr F. viria a falecer, pelo que este terá sido o último momento em que a família e o Sr F. puderam comunicar.

Torna-se importante salientar que a doença crítica revela uma enorme fragilidade, na medida em que condiciona à família uma experiência de enorme sofrimento físico e emocional (Meleis et al., 2000). A literatura reforça que as experiências dos familiares são dominadas pela incerteza ao longo de toda a trajetória da pessoa internada em UCI, que é sentida como implacável (Minton, Batten & Huntington, 2019). O acesso à informação permite não só a compreensão da situação como a construção da relação de confiança na equipa, colmatando a incerteza vivenciada (Minton et al., 2019), o que vai ao encontro do que ocorreu durante o estágio, havendo uma preocupação constante na atualização de informação dada à família, pela equipa multidisciplinar, onde eu fiz questão de participar, inclusive fazendo parte da transmissão de informação clínica durante a troca de turnos da equipa de enfermagem. A evidência comprova esta importância da sensibilização de toda a equipa multidisciplinar, demonstrando que a experiência da doença crítica traz uma panóplia de mudanças na esfera social e afetiva destas famílias (Rodriguez-Almagro, Palomino, Sepulveda, Rodriguez-Barbero, Fernandez, Barrera & Hernandez-Martinez, 2019).

Tal como referi no início deste relatório, a transição saúde-doença, em especial, considerando a doença crítica, é vivenciada pela família e a PSC com grande intensidade e em constante angústia e vulnerabilidade (Mendes, 2019), estando em íntima relação entre si, o que demonstra a importância do envolvimento da família em toda a hospitalização. A interação e envolvimento dos familiares com os enfermeiros no dia-a-dia são consideradas essenciais e decisivas para tornar este período o menos penoso possível, levando à possibilidade de os familiares serem entendidos e esclarecidos, sendo ao enfermeiro que a família mais procura por informação (Mendes, 2019).

O segundo **objetivo específico** surgiu já após a realização de alguns turnos no serviço e após uma reflexão conjunta com o enfermeiro orientador, em especial durante um turno da noite, em que pude aperceber-me da dificuldade da Sra P. em ter um sono reparador, alternando períodos de agitação psicomotora e sonolência.

Descrevendo mais pormenorizadamente a situação, para responder a esta dificuldade de repouso da Sra P. tentei reduzir os estímulos visuais e sonoros ao mínimo, reduzindo as

luzes externas à sala, as luzes dos monitores e das seringas infusoras, reduzindo as minhas atividades ao mínimo necessário. Reorientei a Sra P. para o local e horário, tentando ainda identificar a presença de dor, desconforto ou outra necessidade. Foi tomada a decisão conjunta de adicionar medidas farmacológicas, prescritas em SOS, às medidas não farmacológicas já referidas, tendo surtido efeito por algumas horas.

Pude concluir que, na UCI, os próprios cuidados à pessoa, o ruído e a luz são causas ambientais que impactam na privação do sono, adicionando-se a estes a ventilação mecânica, alguma medicação, dor e a própria severidade da lesão (Chang, Owena & LaBuzetta 2020). A pessoa com doença neurocrítica, devido à sua própria lesão cerebral, pode estar ainda mais em risco de disfunção cerebral secundária à privação do sono (McLaughlin, Hartjes & Freeman, 2018), pelo que a manutenção de um sono saudável se torna ainda mais importante.

O sono é uma parte particularmente importante da PSC e na sua recuperação (Chang, Owena & LaBuzetta, 2020), havendo uma grande prevalência de privação do sono na UCI, o que se pode associar a uma diminuição da resposta imunitária, alterações hormonais e alteração do estado mental, podendo ainda diminuir o metabolismo, a contagem de leucócitos e ainda levar ao aumento da mortalidade (Maidl, Leske e Garcia, 2014).

De salientar que a sra P. se encontrava num período de janela de maior risco de desenvolvimento de vasoespasmos, segundo a American Association of Neuroscience Nurses (2007), após episódio de HSA, encontrando-se os sintomas que apresentava dentro dos descritos como usuais desta complicação, tendo este feedback sido dado à equipa médica. A adoção precoce de medidas designadas como “precauções de HSA” ou “precauções de aneurisma”, tais como a limitação da atividade, do ruído, da luz, o encerrar as portas dos quartos destas pessoas, a proibição do uso de televisão ou rádio, evitar e desencorajar as conversas entre elementos da equipa multidisciplinar e a colocação de sinalética para alertar a importância de manter um ambiente calmo (Peacock, Eyck, Sapp, Allan, Hasan & Rogers, 2020), tendo como princípio que o ruído e a estimulação áudio-visual podem aumentar a tensão arterial, aumentar o stress psicológico e, conseqüentemente, aumentar o risco de desenvolvimento de vasoespasmos. Segundo Kahn, Cook & Carlisle, citados por Peacock et al (2020), nas fontes de ruídos intensos numa UCI estão incluídos os alarmes, a ventilação mecânica e as conversas da

equipa de saúde. Manter o quarto com um ambiente calmo, com estimulação reduzida é considerado como um ambiente terapêutico por Wuchner, Bakas, Adams, Buelow & Cohn (2012), sendo que as medidas para o manter estão entre as que já referi anteriormente, tais como a redução da intensidade da luz e do ruído e a organização das atividades de enfermagem em grupos, de forma a permitir o repouso entre as mesmas.

No final deste turno, e em reflexão com o enfermeiro orientador, concluímos que este tema é transversal às pessoas internadas nesta UCI, assim como a dificuldade em lhe responder de forma concreta e eficaz, pelo que, indo ao encontro da procura na melhoria contínua dos cuidados, surgiu a oportunidade de apresentar um cartaz à equipa de enfermagem com a temática “a intervenção de enfermagem na promoção do sono em cuidados intensivos” (Apêndice I), esclarecendo as intervenções autónomas e interdependentes. O cartaz ficou de acesso permanente à equipa, com o intuito de responder a esta lacuna, segundo a mais recente evidência e que foi muito bem aceite pela equipa como contributo para uma melhoria dos cuidados.

Ainda de referir que o enfermeiro orientador é um elemento de referência para os demais colegas, realizando turnos com função de gestão da equipa, pelo que pude acompanhar o seu papel como supervisor de cuidados, o que me permitiu o entendimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, sendo este responsável pela gestão e suporte da equipa durante o turno, assim como da resolução de conflitos, organização da dinâmica da equipa e ainda da gestão do material de consumo e farmácia para o turno atual e seguintes, com grande noção do trabalho de equipa, sendo o seu papel como especialista primordial na gestão de cuidados, tal como o estabelecido nas competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019)

Os momentos de formação em serviço foram muito condicionados pela situação pandémica atual, não me tendo sido possível assistir a nenhum momento durante o período do estágio, mas saliento a partilha e reflexão com a restante equipa de enfermagem, assim como a diariamente ocorrida com o enfermeiro orientador, como forma de enriquecimento da minha aprendizagem.

Por fim, considero ter tido a possibilidade de intervir de forma eficaz e eficiente no cuidado da PSC, realizando uma tomada de decisão competente e baseada na evidência, sendo que o presente contexto de estágio se apresentou como muito desafiante e igualmente enriquecedor, tanto a nível pessoal como profissional, tendo sido um passo

imprescindível neste processo de aquisição de competências, assim como permitiu um aprimorar de competências tão necessárias para o meu local de trabalho, no que toca à prestação de cuidados à PSC e sua família.

3. CONCLUSÃO

O presente relatório foi elaborado com o propósito de apresentar as atividades realizadas durante o percurso clínico, em que decorreu a 13ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente de cuidados à Pessoa em Situação Clínica. A realização deste Curso de Mestrado visa o aprofundamento de competências especializadas em Enfermagem, contemplando a componente de investigação (Instituto de Ciências da Saúde, 2020) e conferindo o grau de mestre e título de especialista.

A realização deste curso adveio de uma necessidade pessoal de crescimento e evolução, assim como da motivação, que senti ter sido crescente ao longo de todo o meu percurso profissional, em especial desde que me encontro no Serviço de Urgência Geral e Polivalente, em que se desenvolveu uma atenção mais dedicada à Pessoa em Situação Crítica. As vivências e experiências que marcaram o meu percurso profissional até então foram determinantes, não só na forma como projetei e segui este caminho académico, como na escolha dos locais de estágio e na forma como me adaptei aos mesmos, tendo sido um elemento facilitador a experiência prévia de 8 anos no Serviço Urgência Geral e Polivalente. Torna-se, contudo, importante salientar o desafio, pessoal e profissional, que acompanhou todo este percurso, em especial no que se refere aos contextos de prática clínica, tão díspares da minha realidade, assim como à articulação do mesmo com a vida profissional e dinâmica familiar.

Os dois contextos de prática clínica onde realizei os estágios permitiram o desenvolvimento das diversas competências previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como as específicas da área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, descritas nos respetivos Regulamentos.

Desenvolvi o meu percurso utilizando a metodologia critico-reflexiva e garantindo o respeito pelo princípio da beneficência, na busca da melhor prática possível, com respeito pelos direitos humanos e individuais da pessoa e sua família.

Foi-me possível identificar oportunidades de melhoria em ambos os locais de estágio, tendo contribuído para a resposta a lacunas sentidas pelos profissionais na prática e indo ao encontro do que se pretende neste Curso, baseando-me na evidência científica.

Tive a oportunidade não só de acompanhar os enfermeiros orientadores dos locais de estágios, ambos de referência para a restante equipa, na supervisão de cuidados e esclarecimento e apoio aos seus pares, como, com a gradual integração nos serviços, fazendo parte da tomada de decisão em equipa, gerindo os recursos disponíveis e em constante reflexão conjunta.

Mobilizei conhecimentos, prévios e adquiridos, de forma à prestação holística de cuidados, salientando a antecipação de complicações e a gestão diferenciada da dor, sendo que toda a atividade desenvolvida nos contextos de estágio, assim como na atual prática clínica levou, e continuará a levar, ao desenvolvimento de competências nestes domínios.

O recurso à reflexão e partilha conjunta foram mecanismos condutores à mudança de pensamentos e sua conseqüente transferência para a prática clínica, no que toca à prevenção, intervenção e controlo de infeção da pessoa em situação crítica.

As minhas intervenções foram, ainda, alicerçadas em conhecimento atual e válido, com uma constante pesquisa bibliográfica e partilha conjunta com os enfermeiros orientadores e equipa multidisciplinar, o que foi transversal e amplamente espelhado ao longo deste relatório, nomeadamente através da pesquisa bibliográfica e da realização da *Scoping Review*, com o tema “experiências vivenciadas pela família da Pessoa em Situação Crítica”. Esta temática emergiu não só da minha prática diária no Serviço de Urgência Geral e Polivalente, mas mais especificamente durante o estágio em Unidade de Cuidados Intensivos, devido, em parte, à restrição de visitas vigente, condicionadas pela atual situação pandémica.

A admissão em UCI é vivida como um evento traumático, em que ocorre um turbilhão de sentimentos, dominados pelo medo, havendo uma necessidade permanente da família de proximidade e informação. As vivências da família da pessoa em situação crítica são marcadas por um enorme sofrimento e sentimento de impotência, estando dominadas pela incerteza. A interação e envolvimento dos familiares com os enfermeiros no dia-a-dia são consideradas essenciais e decisivas para tornar este período o menos penoso possível, levando à possibilidade de os familiares serem entendidos e esclarecidos, sendo ao enfermeiro que a família mais procura por informação.

A possibilidade de aliar a componente prática à teórica, ambas sustentadas pela metodologia critico-reflexiva foram fulcrais para o desenvolvimento de competências pressuposto não só para a obtenção do título a que confere este Curso, como à busca diária de uma prestação de cuidados de qualidade, com base nas normas de boas práticas e tendo a pessoa por foco de atenção do meu cuidar.

Todo este percurso permitiu-me uma transição pessoal, sendo que o desenvolvimento de competências se apresenta como um “*processo de transformação individual na tripla dimensão do saber (conhecimentos), saber-fazer (habilidades) e do saber-ser (atitudes e valores éticos)*” (Dias, 2006, p. 14). Assim, posso considerar que aperfeiçoei as três dimensões referidas, com especial ressalva na importância do desenvolvimento do espírito crítico para o atingir.

Assim, considero que o objetivo de espelhar neste Relatório o desenvolvimento de todas as ações e atividades com vista à aquisição das competências necessárias à obtenção do grau que confere este curso foi alcançado com sucesso.

Como balanço final, considero que todo este percurso me conduziu hoje a uma pessoa e profissional melhores, procurando continuamente o melhor desempenho possível, tendo eu própria vivenciado um processo de transição. O futuro título traz uma responsabilidade acrescida na minha prática profissional, na medida em que me motiva para a busca constante da segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa e família, alvos dos meus cuidados diários, alicerçando as minhas intervenções na mais recente evidência, para uma tomada de decisão o mais segura e competente, o que transparece o processo contínuo que tal continuará a ter na minha vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- American Association of Neuroscience Nurses (2007). *Nursing Care of the Patient with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage*. Obtido em: http://aann.org/uploads/Publications/CPGs/Nursing_Care_Patient_Aneurysmal_CPG_SAH_final2.pdf
- APA, A. P. (2020). *Publications manual of the American Psychological Association : the official guide to APA style* (7th edition ed.). Washington: American Psychological Association.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). *O Conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos*. *Referência*, 9, 61-67
- Aviso n.o 3127/2016 de 8 março de 2016. Aviso n.o 3127/2016 de 8 março de 2016., *Diário da República*, 2.a série — N.o 47.
- Baggio, M. A., Pomatti, D. M., Bettinelli, L. A., & Erdmann, A. L. (2011). *Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 25-30. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100004>
- Barreto, M., Garcia-Vivar, C., Santos, D., Maciel, D., Matsudal, L.(2019). *Significados atribuídos por familiares e pacientes à presença da família em emergências*. 72(6), 1764–1771. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0814>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto editora.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care : a thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.

- Bersten, A., & Soni, N. (2009). *Oh's Intensive Care Manual* (6^a. ed.). Filadelfia, EUA: Butterworth Heinemann Elsevier.
- Björk, K., Lindahl, B., & Fridh, I. (2019). Family members' experiences of waiting in intensive care: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 522–539. <https://doi.org/10.1111/scs.12660>
- Bowles, E. (2014). *Cerebral aneurysm and aneurysmal subarachnoid haemorrhage. Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 28(34), 52–59. <https://doi.org/10.7748/ns2014.04.28.34.52.e8694>
- Bulman, C. & Schutz, S. (2013) - *Reflective practice in Nursing*. 5^a edição. Oxford: Wiley.
- Bulman, C., Lathlean, J., & Gobbi, M. (2012). *The concept of reflection in nursing: Qualitative findings on student and teacher perspectives. Nurse Education Today*, 32(5), e8–e13. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.10.007>
- Cavaco, V., José, H., Lourenço, I. (2013)-Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: Que estratégias? Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem*, 4535-4543. <https://doi.org/10.5205/reuol.4164-33013>
- Chang, V. A., Owens, R. L., & LaBuzetta, J. N. (2020). *Impact of Sleep Deprivation in the Neurological Intensive Care Unit: A Narrative Review. Neurocritical Care*, 32(2), 596–608. <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00795-4>
- Circular Normativa N° 09/DGCG. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. DGS (16 de Junho de 2003).
- Connolly, E. S., Rabinstein, A. A., Carhuapoma, J. R., Derdeyn, C. P., Dion, J., Higashida, R. T., Hoh, B. L., Kirkness, C. J., Naidech, A. M., Ogilvy, C. S., Patel, A. B., Thompson, B. G., & Vespa, P. (2012). *Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. Stroke*, 43(6), 1711–1737. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e3182587839>
- Dicionários Priberam. (22 de Março de 2021). Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Obtido de Dicionário Priberam da Língua Portuguesa: <https://dicionario.priberam.org/competência>

- Davidson, J. E. (2009). *Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness*. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28–34. <https://doi.org/10.4037/ccn2009611>
- DGS. (2003). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS. (2015). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação - Norma nº 021/2015 (16 de Dezembro de 2015). Direção Geral da Saúde, pp. 1-13. Obtido em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- DGS. (2015). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central - Norma nº 022/2015 (16 de Dezembro de 2015). Direção Geral da Saúde, pp. 1-17. Obtido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- DGS. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (vol.8)*. Obtido em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- DGS. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - Norma nº 001/2017* (8 de Fevereiro de 2017). Direção Geral da Saúde, pp. 1-8. Obtido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Despacho nº11/2002. (2002). *Diário da República nº 55/2002, série I-B (6 de Março de 2002)*. Ministério da Saúde. <https://data.dre.pt/eli/despnorm/11/2002/03/06/p/dre/pt/html>
- Despacho nº6669/2017. (2017). *Diário da República nº148/2017, Série II (2 de Agosto de 2017)*. Assembleia da República. <https://dre.pt/application/conteudo/107794486>
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). *Diário da República nº 153/2014, série II (11 de Agosto de 2014)*. Ministério da Saúde. https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn
- Despacho n.º 18459/2006. (2006). *Diário da República nº 176/2006, série II (12 de*

- Setembro de 2006). Ministério da Saúde. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/1518280/details/normal?q=despacho+18459%2F2006>
- De Beer, J., & Brysiewicz, P. (2016). *The needs of family members of intensive care unit patients: A grounded theory study*. *Southern African Journal of Critical Care*, 32(2), 44–49. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2016.v32i2.298>
- Dias, M. F. P. B. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a validação de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures, Lusociência: Edições Técnicas e Específicas, Lda
- Dias, M. O. (2011). *Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar*. *Gestão e Desenvolvimento*, 19(19), 139–156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Fernandes, D., & Vale, L. (2014). *Competências do enfermeiro em radiologia de intervenção*. *Oncol.News*, 7 (March 2014), 16.
- Galimany-Masclans, J., Garcia-Sort, R., & Pernas-Canadell, J. C. (2009). *Cuidados de enfermería al paciente sometido a técnicas de neurointervencionismo endovascular*. *Enfermería Clínica*, 19(3), 160–163. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2009.03.001>
- Gill, M., Bagshaw, S. M., McKenzie, E., Oxland, P., Oswell, D., Boulton, D., Niven, D. J., Potestio, M. L., Shklarov, S., Marlett, N., & Stelfox, H. T. (2016). Patient and family member-led research in the intensive care unit: A novel approach to patient-centered research. *PLoS ONE*, 11(8), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160947>
- Grimm, J. W. (2015). *Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Potentially Lethal Neurological Disease*. *Journal of Emergency Nursing*, 41(4), 281–284. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.12.018>
- Grupo Português de Triagem (2002). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando* (2.^a ed.). Lisboa: BMJ Publishing Group.
- Hanson, S. M. H., Gedaly-Duff, V., & Kaakinen, J. R. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. Philadelphia: F.A. Davis
- Hsiao, P.-R. R., Redley, B., Hsiao, Y.-C. C., Lin, C.-C. C., Han, C.-Y. Y., & Lin, H.-R. R. (2017). *Family needs of critically ill patients in the emergency department*.

International Emergency Nursing, 30, 3–8.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>

Instituto Ciências da Saúde. (2020). *Guia da Unidade Curricular - "Estágio Final e Relatório"*. Lisboa.

Jacob, M., Horton, C., Rance-Ashley, S., Field, T., Patterson, R., Johnson, C., Saunders, H., Shelton, T., Miller, J., & Frobos, C. (2016). *Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation*. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 25(2), 118–125. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016258>

Jain, A., Gray, M., Slisz, S., Haymore, J., Badjatia, N., & Kulstad, E. (2018). *Shivering Treatments for Targeted Temperature Management: A Review*. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 50(2), 63–67. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000340>

Kang, J., Cho, Y. J., & Choi, S. (2020). State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study. *PLoS ONE*, 15(6), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234296>

Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La Pensée Infirmière - Conceptions et Stratégies*. Québec: Études Vivantes.

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

Kolcaba, K., & Wilson, L. (2002). *Comfort care: A framework for perianesthesia nursing*. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 17(2), 102–114. <https://doi.org/10.1053/jpan.2002.31657>

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

Khosravani, H., Rajendram, P., Notario, L., Chapman, M. G., & Menon, B. K. (2020). *Protected Code Stroke: Hyperacute Stroke Management during the Coronavirus*

- Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. Stroke*, 2019, 1891–1895. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029838>
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). *Transition: A literature review. Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>
- Lei nº95/2019. (2019). Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 1ª série (4 de Setembro de 2019) , 55-66. Portugal: Assembleia da Republica. ELI:. Obtido em: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>.
- Maidl, C. A., Leske, J. S., & Garcia, A. E. (2014). *The Influence of “Quiet Time” for Patients in Critical Care. Clinical Nursing Research*, 23(5), 544–559. <https://doi.org/10.1177/1054773813493000>
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- McLaughlin, D. C.; Hartjes, T. M.; Freeman, W. D. (2018). *Sleep Deprivation in Neurointensive Care Unit Patients From Serial Neurological Checks: How Much Is Too Much?*, *Journal of Neuroscience Nursing: Volume 50 - Issue 4 - p 205-210* <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000378>
- Mendes, A. P. (2017). *Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família : estudo fenomenológico hermenêutico*. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, 71(1), 182–189. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Mendes, A. P. (2018). *Critical health-disease transition in the family: Nursing intervention in the lived experience*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 154–161. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0616>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. In Springer Publishing Company (Ed.), Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6
- Mezzaroba, R. M., De Freitas, V. M., & Kochla, K. R. A. (2009). *O Cuidado De*

Enfermagem Ao Paciente Crítico Na Percepção Da Família. Cogitare Enfermagem, 14(3), 499–505. <https://doi.org/10.5380/ce.v14i3.16180>

Ministério da Saúde. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Medicina Intensiva. República Portuguesa, 106. Obtido em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Minton, C., Batten, L., & Huntington, A. (2019). *A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: Families' experiences. Intensive and Critical Care Nursing*, 50, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.010>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Open Medicine*, 3(2), 123-130. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.

Molter NC, Leske JS. *Critical care family needs inventory* [Internet]. 1983. Obtido em: <https://uwm.edu/nursing/wp-content/uploads>

Netto, L., Silva, K. L., & dos Santos Rua, M. (2018). *Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 22(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309>

Neurocritical Care Society (2020). *Family and Patient Resources*. Obtido em: <https://www.neurocriticalcare.org/resources/family-patient-resources>

Neves, L., Gondim, A. A., Soares, S. C. M. R., Coelho, D. P., & Pinheiro, J. A. M. (2018). *The impact of the hospitalization process on the caregiver of a chronic critical patient hospitalized in a Semi-Intensive Care Unit. Escola Anna Nery*, 22(2), 1–8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0304>

Olmos, M., Varela, D., & Klein, F. (2019). *Enfoque actual de la Analgesia, Sedación y el Delirium en Cuidados Críticos. Revista Médica Clínica Las Condes*, 30 (2), 126-139. <https://doi.org/10.106/j.rmclc.2019.03.002>.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe->

dor.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da OE e REPE* - alterado e republicado pela Lei no 156/2015, de 16 de setembro. Ordem Dos Enfermeiros. Obtido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. In *Ordem dos Enfermeiros*. (Vol. 53). Obtido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Padilla-Fortunatti, C., Rojas-Silva, N., Amthauer-Rojas, M., & Molina-Muñoz, Y. (2018). *Needs of relatives of critically ill patients in an academic hospital in Chile*. *Enfermería Intensiva* (English Ed.), 29(1), 32–40. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfie.2017.09.002>

Peacock, A., Eyck, P., Sapp, C., Allan, L., Hasan, D. & Rogers, W. K. (2020). *Effects of patient-level noise abatement orders on sound levels experienced by critically ill subarachnoid hemorrhage patients: an observational study*, *Hospital Practice*, 48:5, 258-265, <https://doi.org/10.1080/21548331.2020.1801008>

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews (2020 Version)*. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-84-3

Puccio, A. M., Fischer, M. R., Jankowitz, B. T., Yonas, H., Darby, J. M., & Okonkwo, D. O. (2009). *Induced normothermia attenuates intracranial hypertension and reduces fever burden after severe traumatic brain injury*. *Neurocritical care*, 11(1), 82–87. <https://doi.org/10.1007/s12028-009-9213-0>

Rabiais, I. C. (2016). *A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado: A*

natureza da interação no processo de cuidar. Novas Edições Acadêmicas.

Ramos, R., Coelho, S., Ferreira, M., & Oliveira, J. (2018). *Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo*. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 5–10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>

Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, série I (6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. Assembleia da República.

Regulamento nº429/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, série II (16 de julho de 2018), 19359-19370. Assembleia da República.

Rivera-Lara, L., Zhang, J., & Muehlschlegel, S. (2012). *Therapeutic hypothermia for acute neurological injuries*. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 9(1), 73–86. <https://doi.org/10.1007/s13311-011-0092-7>

Rodrigues, F., Pereira, M., & Amendoeira, J. (2015). *A Transição Paradigmática da Saúde e suas Reflexões na Enfermagem como Disciplina*. *Revista Rede de Cuidados Em Saúde*, 9(1), 1-8. ISSN: 1982-6451

Rodriguez-Almagro, J., Quero Palomino, M. A., Aznar Sepulveda, E., Fernandez-Espartero Rodriguez-Barbero, M. D. M., Ortiz Fernandez, F., Soto Barrera, V., & Hernandez-Martinez, A. (2019). *Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 912–920. <https://doi.org/10.1111/scs.12689>

Seyedfatemi, N., Rafii, F., Rezaei, M., & Kolcaba, K. (2014). *Comfort and hope in the preanesthesia stage in patients undergoing surgery*. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 29(3), 213–220. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2013.05.018>

Silva, A. P. (2006). - *“Enfermagem avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Lisboa. Centro Editor Livreiro da Ordem dos

Médicos.

- Terezam R., Reis-Queiroz J, Hoga L.A.K. (2017). A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet], 70(3), 669-70. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>
- Urizzi, F., Carvalho, L. M., Zampa, H. B., Ferreira, G. L., Grion, C. M. C., & Cardoso, L. T. Q. (2008). *Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 370–375. <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2008000400009>
- Viesenteiner, J. (2013). *Conceito de vivência (erlebnis) em nietzsche: gênese, significado e recepção*. *Kriterion*. Belo Horizonte. nº 127. pp. 141-155.
- Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). *Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting*. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164–173. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>
- Wuchner, S. S., Bakas, T., Adams, G., Buelow, J., & Cohn, J. (2012). *Nursing interventions and assessments for aneurysmal subarachnoid hemorrhage patients: A mixed methods study involving practicing nurses*. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(4), 177–185. <https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e318252763f>

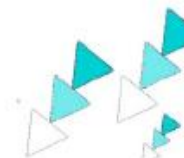
ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Presença no *II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem*

II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

“Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum”



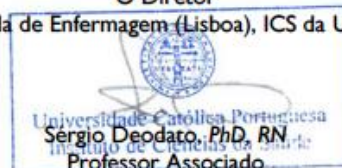
DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o(a) **Enfermeiro(a) Inês Andreia Mouga Pimenta**, participou no **II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 29 de novembro de 2019.

Lisboa, 29 de novembro de 2019.



O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Aluno n.º 192019063

ANEXO II

Documentação referente à atuação em contexto da pandemia por COVID-19 anexada à pasta na UNRI

Mechanical Thrombectomy in the Era of the COVID-19

Pandemic: Emergency Preparedness for Neuroscience Teams

A Guidance Statement From the Society of Vascular and Interventional Neurology

Thanh N. Nguyen¹, MD, FRCPC; Mohamad Abdalkader, MD; Tudor G. Jovin, MD; Raul G. Nogueira, MD; Ashutosh P. Jadhav, MD; Diogo C. Haussen, MD; Ameer E. Hassan, DO;

Roberta Novakovic, MD; Sunil A. Sheth, MD; Santiago Ortega-Gutierrez, MD, MSc; Peter D. Panagos, MD; Steve M. Cordina, MD; Italo Linfante, MD; Ossama Yassin Mansour, MD, PhD;

Amer M. Malik, MD, MBA; Sandra Narayanan, MD; Hesham E. Masoud, MD; Sherry Hsiang-Yi Chou, MD; Rakesh Khatri, MD; Vallabh Janardhan, MD; Dileep R. Yavagal, MD; Osama O. Zaidat, MD; David M. Greer, MD; David S. Liebeskind, MD

In December 2019, coronavirus disease 2019 (COVID-19), of these patients.¹

Redeployment of clinical staff, nursing, an infectious disease caused by Severe Acute Respiratory stroke and neurocritical care specialists to care for patients

Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) caused an international outbreak. The World Health Organization designated this as a global pandemic on March 11, 2020, with over 200 countries affected worldwide. As of April 24, 2020, there were 2 790 986 patients with confirmed COVID-19 and 195 775 deaths worldwide, with the United States, Spain, Italy, France,

with COVID-19 may create staffing shortages for dedicated stroke care.

In an effort to mitigate the spread of COVID-19 to neuroscience healthcare workers, their patients, and their families, and to optimize allocation of healthcare resources, we present a modified algorithm to acute ischemic large vessel occlusion

Germany, United Kingdom, Turkey, and Iran surpassing China stroke workflow in the era of the COVID-19 pandemic. This in the number of confirmed cases.¹ In a consecutive series of guidance statement is based on shared best practices,²⁻⁴ con221 patients with confirmed COVID-19 admitted to a hospital ~~regards~~ among academic and nonacademic practicing vascular in Wuhan, China, acute ischemic stroke occurred in 11(5%) of and interventional neurologists, literature review, and would patients with a broad range of stroke subtypes.⁵ These patients be adapted to the available resources of a local institution. The with stroke were older, more likely to have cardiovascular patients with acute stroke are a vulnerable group to address risk factors, presenting with severe COVID-19 with multiple because these patients often come emergently from the

Special Report

Protected Code Stroke Hyperacute Stroke Management During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic

Houman Khosravani¹, MD, PhD; Phavalan Rajendram, MD;
Lowyl Notario, MSc; Martin G. Chapman, MD; Bijoy K. Menon, MD, MSc

Background and Purpose—Hyperacute assessment and management of patients with stroke, termed code stroke, is a time-sensitive and high-stakes clinical scenario. In the context of the current Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus, the ability to deliver timely and efficacious care must be balanced with the risk of infectious exposure to the clinical team. Furthermore, rapid and effective stroke care remains paramount to achieve maximal functional recovery for those needing admission and to triage care appropriately for those who may be presenting with neurological symptoms but have an alternative diagnosis.

Methods—Available resources, COVID-19-specific infection prevention and control recommendations, and expert consensus were used to identify clinical screening criteria for patients and provide the required nuanced considerations for the healthcare team, thereby modifying the conventional code stroke processes to achieve a protected designation.

Results—A protected code stroke algorithm was developed. Features specific to prenotification and clinical status of the patient were used to define **precode** screening. These include primary infectious symptoms, clinical, and examination features. A focused framework was then developed with regard to a protected code stroke. We outline the specifics of personal protective equipment use and considerations thereof including aspects of crisis resource management impacting team role designation and human performance factors during a protected code stroke.

Conclusions—We introduce the concept of a protected code stroke during a pandemic, as in the case of COVID-19, and provide a framework for key considerations including screening, personal protective equipment, and crisis resource management. These considerations and suggested algorithms can be utilized and adapted for local practice. (*Stroke*. 2020;51:00-00. DOI: 10.1161/STROKEAHA.120.029838.)

Key Words: algorithms ■ consensus ■ COVID-19 ■ pandemics ■ stroke

Timely assessment of patients with stroke for hyperacute Code stroke is a term used to prioritize the hyperacute treatments such as thrombolysis and thrombectomy in assessment and care of a patient presenting with signs and symptoms concerning for stroke. The word code brings forward Furthermore, stroke remains a medical emergency even during a sense of nuance with measured urgency without compromise pandemic. Optimizing outcomes matter even more in these missing precision in diagnosing and treating patients with stroke. times as patients affected with severe stroke require hospital- Currently, in the setting of the Coronavirus Disease 2019 zation and may potentially be at greater risk of in-patient mor- (COVID-19) pandemic, similar medical emergencies such as morbidity and mortality. Factors that affect outcomes in patients cardiopulmonary arrest (code blue) are being modified to the with stroke can include exposure to in-hospital pathogens, re-protected designation to provide an additional layer of protection source constraints

**TRATAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO E
PROCEDIMENTOS NEUROINTERVENCIONISTAS URGENTES DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19.**

Recomendações do Departamento Científico de Doenças Cerebrovasculares da Academia Brasileira de Neurologia, da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares e da Sociedade Brasileira de Neurorradiologia

Versão traduzida para o português de:

Mont'Alverne FJA et al. Management Of Acute Stroke And Urgent Neurointerventional Procedures During Covid-19 Pandemic. Recommendations of the Scientific Department on Cerebrovascular Diseases of the Brazilian Academy of Neurology, the Brazilian Society of Cerebrovascular Diseases and the Brazilian Society of Neuroradiology. *Arq Neuropsiquiatr.* 2020: in press.

Francisco José Arruda Mont'Alverne, M.D., Ph.D.¹; Fabrício Oliveira Lima, M.D., Ph.D.¹; Raul Gomes Nogueira, M.D.⁴; Carlos Clayton de Macedo de Freitas, M.D., Ph.D.⁵; Octávio Marques Pontes-Neto, M.D., Ph.D.⁶; Gisele Sampaio Silva, M.D., Ph.D.⁷; Maura Salaroli De Oliveira M.D., Ph.D.⁸; Michel Eli Frudit, M.D., Ph.D.⁷; José Guilherme Mendes Pereira Caldas, M.D., Ph.D.⁵; Daniel Giansante Abud, M.D., Ph.D.⁶; Adriana Bastos Conforto, M.D., Ph.D.⁵; Letícia Costa Rebello, M.D.⁹; Fernanda Martins Maia Carvalho, M.D., Ph.D.^{1,2}; Francisco Antunes Dias, M.D., M.Sc.⁵; Rodrigo Bazan, M.D., Ph.D.⁵; Wagner Mauad Avelar, M.D., Ph.D.¹⁰; Carla Heloisa Cabral Moro, M.D.¹¹; Pedro Silva Correa de Magalhães, M.D.¹¹; Maramélia Araújo de Miranda Alves, M.D., M.Sc.⁷; Leandro de Assis Barbosa, M.D., Ph.D.¹²; José Antonio Fiorot Júnior, M.D., M.Sc.¹²; Fabrício Buchdid Cardoso, M.D., M.Sc.¹⁰; Bruno de Sousa Mendes Parente, M.D.⁹;

Protocolo de atuação

Doença Vascular Cerebral e COVID-19

Preâmbulo

A pandemia por COVID-19 está a condicionar as nossas vidas a nível pessoal, familiar, social e profissional. Perante os desafios que se colocam, e face às especificidades que a Doença Vascular Cerebral apresenta nas suas diferentes fases, urge adaptar os protocolos de atuação a esta nova realidade.

Embora o sistema de saúde esteja focado no controlo e tratamento da pandemia por COVID-19, é importante não descuidar o tratamento das pessoas que continuam a ter as restantes patologias e, por isso, a necessitar de recorrer à assistência médica e aos Serviços de Urgência. Contudo, constatamos que a maioria dos pacientes idosos, diabéticos, hipertensos, obesos e com insuficiência cardíaca consideram os Hospitais como locais potencialmente não seguros e, por isso, evitam aí deslocar-se. Mas, são estes os doentes que têm maior risco de AVC e de AVC's mais graves. Por outro lado, a divisão do Serviço de Urgência, enfermarias e unidades diferenciadas em áreas COVID e sem-COVID tem também impacto na forma como os doentes com AVC agudo são orientados em contexto de Via Verde do AVC(VVAVC).

Esta é a realidade e, embora com heterogeneidade entre Centros, tem-se verificado uma redução no número de admissões em Unidade de AVC e de tratamentos de reperfusão em relação ao período homólogo do ano anterior. Os tempos entre o início dos sintomas e a entrada no Hospital e os tempos porta-agulha podem também sofrer agravamento (seguramente podem ser alargados). Esta não é uma realidade apenas de Portugal. Tem sido descrita em vários centros europeus e norte-americanos. Num inquérito a 426 especialistas em AVC de 55 países, apenas 1 em cada 5 referem que os doentes com AVC estão a receber o tratamento habitual. A incapacidade de assegurar os cuidados adequados aumenta o risco de morte e diminui a hipótese de uma boa recuperação.

É essencial a adaptação a esta nova situação, não esquecendo que o AVC continua a ser uma emergência médica e que "tempo é cérebro". Neste contexto específico o tempo não deve ser a única varável e a segurança do paciente e profissionais de saúde deve ser prioritária ("Protected Code Stroke" tal como definido pela American Heart Association).

O AVC pode também surgir como potencial complicação da infeção SARSCoV2: em duas séries de casos é descrito que 36% dos pacientes com COVID-19 têm complicações neurológicas, sendo as mais comuns tonturas, cefaleia ou encefalopatia; o AVC como complicação direta da COVID-19 aparecerá em 5.9% dos pacientes com uma mediana de 10 dias após o início de sintomas; e ainda, recentemente, no NEJM o relato de cinco casos, no período de 2 semanas, de admissões por AVC com oclusão de grande vaso em jovens (< 50 anos) todos com COVID-19.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cartaz “*Sono no Doente Neurocrítico*”

Sono no Doente Neurocrítico

- O sono é vital e regulador de todos os sistemas do organismo (1)

Consequências da privação do sono:

- Diminuição da função imunitária
- Alterações hormonais anormais
- Confusão mental e agitação psicomotora
- Aumento da ocorrência de delírio
- Aumento da incidência de quedas
- Aumento do uso de contenção física
- Aumento da necessidade de medicação



A privação do sono é um dos maiores stressores nos doentes críticos (2)



- O doente neurocrítico, devido à sua lesão cerebral, quando em privação do sono, está em maior risco de desenvolver disfunção cerebral (3)

Os enfermeiros estão numa posição primordial para promover um ambiente calmo e promotor do sono (3)

Cuidados promotores do sono:

- Reduzir o ruído e luz (monitores/seringas)
- Ajustar o volume dos alarmes
- Gerir a farmacologia
- Agrupar as atividades de Enfermagem
- Utilizar sinalética
- Utilizar tampões nos ouvidos
- Sensibilizar a equipa

Realizado por: Inês Andreia Mouga Pimenta, Nº192019063
Sob orientação de: Professora Doutora Rita Marques
Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Especialista Luís Carvalho

Referências Bibliográficas:

1. Maird, C. A., Leake, J. S., & Garcia, A. E. (2014). The Influence of "Quiet Time" for Patients in Critical Care. *Clinical Nursing Research*, 23(5), 544-550. <https://doi.org/10.1177/10449728141691009>
2. Dennis C., Lee B., Woodard E., Szalai J., Walker C. (2020). Benefits of quiet time for neuro-intensive care patients. *J Neurosci Nurs*. 2020 Aug;42(4):217-24. doi: 10.1097/JNN.0000000000000378
3. McLaughlin DG, Haroon TM, Freeman WB (2018). Sleep Deprivation in Neurointensive Care Unit Patients From Serial Neurological Checks: How Much is Too Much? *J Neurosci Nurs*. Aug 2018; 200-210. doi: 10.1097/JNN.0000000000000378
4. Chang W, A, Dwerni R, L., & Labianca J, M. (2020). Impact of Sleep Deprivation in the Neurological Intensive Care Unit: A Narrative Review. *Neurocritical Care*, 22(2), 598-608. <https://doi.org/10.1007/s12028-020-00226-4>
5. Peacock A., Ten Eyck P., Sapp C., Allan L., Hassan D., Rogers Wk. (2020). Effects of patient-level noise abatement orders on sound levels experienced by critically ill subarachnoid hemorrhage patients: an observational study. *Hosp Pract (1995)*. 2020 Dec;48(5):258-265. doi: 10.1080/21548331.2020.1801008. Epub 2020 Aug 22.