



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 Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADAS NA
PREVENÇÃO DA LESÃO SECUNDÁRIA NA PESSOA VÍTIMA DE
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO**

**SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN THE PREVENTION
OF SECONDARY INJURY IN THE TRAUMATIC BRAIN INJURY
VICTIM**

Por

Carla Susana Afonso Benites

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 Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADAS NA
PREVENÇÃO DA LESÃO SECUNDÁRIA NA PESSOA VÍTIMA DE
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO**

**SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN THE PREVENTION
OF SECONDARY INJURY IN THE TRAUMATIC BRAIN INJURY
VICTIM**

Por

Carla Susana Afonso Benites

Sob a orientação de Prof. Doutora Isabel Rábais

Lisboa, 2021

“O que sabemos, saber que o sabemos.

Aquilo que não sabemos, saber que não o sabemos:

eis o verdadeiro saber.” – *Confúcio*

A todos nós, Enfermeiros, que fazemos a
diferença na vida das pessoas.

AGRADECIMENTOS

Ao **meu filho**, por todos os sacrifícios, por todas as minhas ausências além das próprias do quotidiano e pela obrigatoriedade de crescimento rápido... És um orgulho

À **minha família** que, apesar da distância, nunca deixou faltar palavras de amor renovadoras de energia

À **Prof Rabiais**, pela orientação, disponibilidade e dedicação. Mais que uma orientadora, uma amiga. Sem o seu apoio o caminho teria sido árduo

A **todos os professores** do 13º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, por todo o apoio e orientação

Às **enfermeiras orientadoras, Susana Aleluia e Rita Gomes** pelos momentos de aprendizagem e tempo disponibilizado e às equipas multidisciplinares dos serviços onde estagiei, pela recetividade e partilha de saberes

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

À **Vitória e Amélia** pela amizade, pelo incentivo, motivação e apoio nos momentos mais difíceis. A elas devo agradecer o início deste desafio

À **Sónia, Alcina e Rita** pelos momentos partilhados, pelas angústias e gargalhadas

Aos **colegas de curso** pela amizade e partilha, apesar do pouco tempo de contato

À **enfermeira chefe Susana Gaspar** pela gestão do horário que me permitiu colmatar as minhas necessidades

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

Obrigada a **todos** que apesar de não serem mencionados, apoiaram e incentivaram, contribuindo para o evoluir desta caminhada

RESUMO

O envelhecimento da população, o aparecimento de novas doenças e a evolução técnica e científica associada à crescente complexidade dos equipamentos e procedimentos, no sentido de dar resposta às constantes solicitações, exigem equipas diferenciadas e capacitadas para dar resposta a uma cada vez maior exigência de qualidade de cuidados prestados. Desta forma, a atualização do profissional de enfermagem torna-se, também, uma prioridade, sendo a formação especializada uma realidade cada vez mais necessária, no sentido de mobilizar conhecimentos que permitam prestar cuidados diferenciados.

O presente relatório surge no âmbito do 13º Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Inserido na Unidade Curricular, Estágio Final e Relatório, visa descrever e analisar as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas durante o estágio, que decorreu nos contextos de Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência Geral, no período compreendido entre 01 de setembro e 19 de dezembro de 2020.

Com a finalização dos estágios, o relatório final tem como objetivo a exposição do desenvolvimento profissional, através da descrição das atividades, intervenções e competências de Enfermeiro Especialista adquiridas, bem como servir de instrumento de avaliação da unidade curricular. O ponto de partida para a sua redação centrou-se no desenvolvimento de um projeto de aprendizagem, específico para cada campo de estágio, onde se definiram objetivos gerais e específicos, bem como os indicadores de processo e de resultado. Com recurso a uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas, a sua elaboração tem por base as experiências vivenciadas nos contextos de estágio, sendo analisadas de acordo com as competências do enfermeiro especialista, específicas no cuidado ao doente crítico e sustentadas na mais recente evidência.

Como tema transversal aos diferentes contextos de estágio, analisei a aplicação de medidas de neuroproteção na prevenção da lesão secundária em doentes adultos vítimas de Traumatismo Cranioencefálico. Sendo este um problema de saúde pública, causador de

morbilidade e mortalidade, é fundamental, não podendo impedir as lesões primárias resultantes do traumatismo, encontrar estratégias para diminuir a incidência de lesão secundária, que agrava as sequelas e a incapacidade definitiva.

Palavras-Chave: Enfermeiro especialista; Competências; Doente crítico; Cuidar; Neuroproteção; Traumatismo Cranioencefálico.

ABSTRACT

The aging of the population, the emergence of new diseases, and the technical and scientific developments associated with the increasing complexity of equipment and procedures, in order to meet the constant demands, require differentiated and trained teams to respond to an increasing demand for quality care. Thus, the updating of nursing professionals has also become a priority, and specialized training is an increasingly necessary reality, in order to mobilize knowledge that enables the provision of differentiated care.

This report is part of the 13th Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for Critically Ill Patients, of the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University. As part of the Curricular Unit Final Internship and Report, this study aims to describe and analyze the activities developed and the skills acquired during the internship, which took place in the contexts of the Intensive Care Unit and General Emergency Service, in the period between September 1 and December 19, 2020.

With the completion of the internships, the final report aims to expose the professional development through the description of the activities, interventions and skills acquired as Specialist Nurses, as well as to serve as an instrument for the assessment of the curricular unit. The starting point for its writing focused on the development of a learning project, specific to each internship field, where general and specific objectives were defined, as well as process and result indicators. Using a descriptive, analytical, and critical-reflective methodology on the activities developed, this study is based on the experiences in the internship contexts, and is analyzed according to the specific competencies of specialist nurses in critical patient care and supported by the most recent evidence.

As a transversal theme to the different internship contexts, I analyzed the application of neuroprotective measures in the prevention of secondary injury in adult brain injury patients. As this is a public health problem, causing morbidity and mortality, it is essential to find strategies to reduce the incidence of secondary injury, which aggravates the

sequelae and the definitive disability, if we cannot prevent the primary lesions resulting from the trauma.

Key words: Specialist nurse; Competencies; Critical patient; Care; Neuroprotection; Traumatic Brain Injury.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

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

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

CSP – Cuidados de Saúde Primários

O₂ – Oxigénio

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Sra - Senhora

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. MEDIDAS DE NEUROPROTEÇÃO UTILIZADAS NO TRATAMENTO DO DOENTE ADULTO VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: UMA SCOPING REVIEW	25
2. DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	47
2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	48
2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA	52
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	57
3.1. BLOCO OPERATÓRIO	63
3.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	69
3.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	81
4. CONCLUSÃO	95
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
APÊNDICES	107
APÊNDICE I - Poster submetido ao tema: Medidas de Neuroproteção utilizadas no Tratamento do Doente Adulto Vítima de Traumatismo Cranioencefálico: uma Scoping Review	109
ANEXOS	113
ANEXO I - Certificado de participação na Ação de Formação submetida ao tema “Montagem de circuito e manutenção da máquina de hemodiafiltração”	115
ANEXO II - Certificado de participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.....	119
ANEXO III – Certificado de apresentação de um Poster submetido ao tema: Medidas de Neuroproteção utilizadas no Tratamento do Doente Adulto Vítima de Traumatismo Cranioencefálico: uma Scoping Review	123

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Equação de pesquisa.....	32
Tabela 2: Resultados da análise dos artigos	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma PRISMA (adaptado)	33
--	----

INTRODUÇÃO

*“Knowledge is empowering to those who develop it,
those who use it, and those who benefit from it”*

Afaf Meleis

O ser humano sempre necessitou de cuidados que permitissem lutar contra a doença e promover a vida, no entanto, só a partir do Século XIX a enfermagem é vista como uma profissão organizada. Desde essa altura, foi percorrido um longo caminho até chegar aos dias de hoje, onde a enfermagem possui um corpo de conhecimentos científicos próprio, resultante da investigação, que permite fundamentar as práticas obtendo melhores resultados, mas que, por outro lado, exige aos enfermeiros uma atualização permanente que implica um investimento pessoal na aprendizagem ao longo de toda a sua vida profissional (Vieira, 2017).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), enfermagem é a profissão que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital bem como à comunidade onde está inserido (Ordem dos Enfermeiros, 1998). Assim, a enfermagem é considerada uma profissão de ajuda, onde o compromisso de cuidar assume um papel relevante na manutenção da vida. Embora todos os enfermeiros possuam competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados gerais, as alterações demográficas, o crescente desenvolvimento técnico e científico e conseqüente aumento da exigência, conduzem a uma necessidade de diferenciação, com o intuito de prestar cuidados de enfermagem especializados, prestados por enfermeiros habilitados para tal. De acordo com Watson, cuidar “requer estudos sérios, reflexão, ação e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar, durante as experiências saúde-doença” (2002, p. 56).

Podemos, então, considerar o enfermeiro especialista como o enfermeiro detentor de um título profissional que lhe confere competências científicas, técnicas e humanas que, além dos cuidados gerais, lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

O enfermeiro, de acordo com o Artigo 109º da Deontologia Profissional – Da Excelência do Exercício, deve assumir o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Diário da República, 2015, p. 8080). É no cumprimento deste dever que se baseia o meu ingresso nesta nova etapa, tendo em vista o desenvolvimento pessoal e profissional que permitirá, tal como refere o Artigo 97º alínea a), referente aos Deveres em Geral, “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Diário da República, 2015, p. 8078).

Foi neste contexto, numa procura constante pela excelência, com a necessidade de prestar cuidados, devidamente fundamentados a doentes adultos em situação crítica, que iniciei o meu percurso no 13º Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do qual redigi este relatório, inserido na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, com o objetivo de refletir sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas nos diferentes contextos de estágio, servindo como documento de avaliação pedagógica, com vista à obtenção da categoria de enfermeiro especialista, conferindo também o grau de Mestre em Enfermagem, através da divulgação dos resultados que emergiram da investigação e após aprovação nas provas de defesa pública do presente relatório.

Para permitir o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, foram realizados dois estágios, numa Unidade de Cuidados Intensivos e num Serviço de Urgência Geral, onde foi possível adaptar os conhecimentos teóricos a situações da prática clínica, com o contributo de vários anos de experiência. A teoria e a prática não podem ser dissociadas, já que “a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas” (Benner, 2001, p. 23). Também para Collière, é importante articular “conhecimentos

oriundos de situações vividas no decurso da prática profissional, enriquecidos e alimentados pelos conhecimentos investigados por outrem (1999, p. 260).

A escolha dos locais de estágio relacionou-se com o facto de serem serviços de referência onde se desenvolvem práticas atuais que me proporcionaram a aquisição de competências especializadas, bem como por integrarem Unidades Hospitalares com vários anos de história e com qualidade reconhecida. Em relação à Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família- Vigilância e Decisão Clínica”, obtive creditação, baseada na experiência adquirida ao longo de vários anos de prestação de cuidados, que me permite mobilizar conhecimentos e adequá-los a situações já previamente vivenciadas. Para esta creditação recorri aos conhecimentos adquiridos durante a prática, associados à formação frequentada, bem como à atividade como formadora, formal e informal, em contexto de trabalho.

A linha orientadora utilizada para a realização deste relatório consistiu entre outras ferramentas na elaboração de um projeto em cada contexto de estágio, definindo um planeamento formal dos objetivos e atividades a desenvolver durante um período de tempo, pois identifiquei-me com Rabiais quando defende que “a escolha de objetivos de desempenho específicos aumenta a eficácia da aprendizagem, uma vez que é mais fácil avaliar o nível de progresso face a um objetivo que é explícito” (2016, p. 187). Assim, este projeto constituiu-se um guia orientador para o desenvolvimento do estágio, favorecendo o processo de aprendizagem e conseqüente aquisição de competências e posteriormente, a construção deste relatório.

Como tema transversal aos diferentes contextos de estágio, analisei a aplicação de medidas de neuroproteção na prevenção da lesão secundária em doentes adultos vítimas de Traumatismo Cranioencefálico. Essa escolha deveu-se não só ao gosto pessoal pelo tema, mas também ao contexto da minha prática clínica, procurando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O Traumatismo Cranioencefálico continua a ser uma das maiores causas de mortalidade e morbidade a nível mundial, pelo que desenvolvi o meu trabalho, através da realização de uma Scoping Review, que permitiu mapear a evidência atual, partilhar conhecimentos e implementar intervenções específicas, tendo os resultados sido internacionalmente divulgados através de um trabalho científico, em formato de poster, no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem e disponibilizados nos respetivos locais de estágio.

Este relatório reflete assim, o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família, previstas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A metodologia utilizada é descritiva e reflexiva. A partir de uma descrição das atividades realizadas, reflito criticamente sobre os cuidados prestados, identificando as competências adquiridas e a sua importância para o desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional, no desempenho de funções como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sempre apoiada e fundamentada na mais recente evidência, recorrendo a autores de referência. De acordo com Deodato (2008), a prática reflexiva encontra-se associada à aprendizagem construtiva, pelo que o enfermeiro especialista deve possuir sentido crítico na tomada de decisão, fundamentando a sua prática com recurso à melhor evidência científica.

Como enquadramento conceptual deste trabalho, mobilizo as orientações de Jean Watson e Afaf Meleis, numa complementaridade entre diferentes teorias. Ambas integrando o paradigma da transformação, em que os fenómenos, apesar do seu carácter multidimensional, são únicos e em constante interação com o mundo que os rodeia, Jean Watson com a Teoria do Cuidar Transpessoal e Afaf Meleis com a Teoria das Transições, complementam-se e contribuem para a minha prática de cuidados, trazendo benefícios nos cuidados prestados aos doentes em fase de transição saúde-doença.

Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo representa a revisão de literatura desenvolvida, com a explicação das diferentes etapas percorridas. O segundo capítulo descreve os locais de estágio, a sua caracterização e os motivos que conduziram à sua escolha. Posteriormente, no capítulo três, analiso de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas e competências adquiridas nos contextos de estágio, incluindo uma breve reflexão sobre as competências adquiridas ao longo de mais de vinte anos de experiência profissional que me conferiram a creditação da Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família- Vigilância e Decisão Clínica”, estando dividido em três subcapítulos e organizado por ordem cronológica de acontecimentos. O quarto capítulo diz respeito à conclusão, onde sintetizo e analiso o trabalho desenvolvido, procurando avaliar o cumprimento dos objetivos propostos, fazendo referência aos fatores facilitadores e inibidores e terminando com o contributo deste percurso para a prática profissional. As referências bibliográficas que serviram de suporte a

este trabalho, no capítulo cinco, encerrarão o presente documento, sendo apenas seguidas pelos apêndices e anexos, como forma de enriquecer este relatório.

A elaboração do documento obedece às normas de referência da American Psychological Association, sexta edição (APA, 6th).

1. MEDIDAS DE NEUROPROTEÇÃO UTILIZADAS NO TRATAMENTO DO DOENTE ADULTO VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: UMA SCOPING REVIEW

“Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.”

Hesbeen

Introdução

Apesar de todo o progresso científico e tecnológico o Traumatismo Cranioencefálico (TCE) continua a ser uma das causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo, constituindo um grave problema de saúde pública e um grande desafio pelos seus custos económicos e sociais elevados.

Verifica-se quando um trauma súbito causa dano no cérebro (Chen & Shi, 2014), podendo resultar em incapacidade temporária, permanente ou em último caso provocar a morte. Muitos sobreviventes de Traumatismo Cranioencefálico grave, mantêm limitações por longos períodos de tempo, o que provoca consequências físicas, psicológicas, económicas e sociais, aos doentes, família e sociedade (Chakraborty, Skolnick, & Narayan, 2016; Joseph, Haider, & Rhee, 2015).

A sua contabilização não é fácil, uma vez que existem pequenos traumatismos que não necessitam de assistência hospitalar, pelo que não são contabilizados. O número de mortes por Traumatismo Cranioencefálico também não é exato, pois nos casos de doentes politraumatizados com patologia associada, não se consegue apurar qual a causa exata do óbito. As taxas de incidência e as causas variam muito entre países, no entanto, estima-se que, em todo o mundo, mais de 50 milhões de pessoas sofram um Traumatismo Cranioencefálico por ano, e cerca de metade da população mundial seja vítima de um ou

mais Traumatismos Cranioencefálicos ao longo da sua vida. Já na União Europeia, estima-se que ocorram pelo menos 2,5 milhões de novos casos por ano, tendo ocorrido 57000 mortes relacionadas com este tipo de traumatismo em 2012, nos 28 Estados Membros (Maas, et al., 2017). Para estes autores, o Traumatismo Cranioencefálico é a causa principal de mortalidade em jovens adultos e a maior causa de deficiência em todas as idades de todos os países. Em Portugal, entre 2000 e 2010, foram registadas 90406 admissões em hospitais, devido a Traumatismo Cranioencefálico, dos quais 72865 eram adultos, de que resultaram 6375 mortes. A prevalência é superior no sexo masculino, à exceção da faixa etária superior a 80 anos, onde a preponderância é feminina. As principais causas são os acidentes de viação, as quedas e os atropelamentos. Apesar do evidente decréscimo de ocorrências na última década, com a conseqüente diminuição de admissões hospitalares, a duração do período de hospitalização e a gravidade dos casos tem vindo a aumentar. Este fato pode ser, por um lado devido à melhoria das condições de segurança que levam à diminuição de ocorrência de acidentes, provocando assim uma diminuição da ocorrência de Traumatismos Cranioencefálicos. Por outro lado, o aumento de quedas em idosos e a melhoria da assistência no período extra-hospitalar, fazem com que casos mais graves cheguem ao hospital com vida, contribuindo para o aumento do tempo de internamento (Dias C. , Rocha, Pereira, & Cerejo, 2014).

Apesar de existirem relatos de uma diminuição da mortalidade devido a Traumatismo Cranioencefálico nos últimos dez anos, estes resultam em danos sensoriomotores e cognitivos significativos a longo prazo (Weston & Sun, 2018). Um diagnóstico precoce e uma ressuscitação rápida reduzem a mortalidade em cerca de 20 a 30% com variáveis graus de morbidade nos sobreviventes (Chakraborty, Skolnick, & Narayan, 2016).

Devido à complexidade e heterogeneidade dos Traumatismos Cranioencefálicos, ainda não existe um tratamento efetivo pelo que o principal foco da investigação é reduzir as lesões secundárias e desenvolver estratégias preventivas para minimizar a lesão primária (Weston & Sun, 2018; Joseph, Haider, & Rhee, 2015). Enquanto esta, causada pelo forte impacto, não pode ser alterada, a complexa cascata de eventos moleculares e celulares que se segue, provocando a lesão secundária, pode ser atenuada pela utilização de medidas de neuroproteção (Zoerle, et al., 2017).

A neuroproteção é o termo utilizado para definir os tratamentos que diminuem os danos ou a perda neuronal, melhorando os resultados do doente (Bergman, Beekmans, &

Stromswold, 2015). Minimizar os efeitos da lesão secundária é o foco dos cuidados nos dias e semanas que se seguem ao traumatismo.

Enquadramento Conceptual

O Traumatismo Cranioencefálico surge de forma inesperada, sendo muitas vezes causa de incapacidade temporária ou permanente. Pode ser definido como “uma interrupção da função e/ou estrutura cerebral devido à aplicação de uma força física externa que produz sinais e sintomas de disfunção cerebral no período de lesão aguda” (Corrigan, Harrison-Felix, & Haarbauer-Krupa, 2019, p. 3). Ocorre quando a cabeça sofre um impacto de uma força mecânica externa e o cérebro é deslocado dentro do crânio, podendo sofrer lesões contra a dura-máter ou contra o interior do crânio. As forças de aceleração ou desaceleração também podem danificar o tecido nervoso e os vasos sanguíneos do cérebro (World Health Organization, 2006). De acordo com a mesma organização, este pode ser classificado como ligeiro, moderado ou grave. Esta classificação é realizada usando a Escala de Coma de Glasgow como instrumento de medição/classificação. Esta escala é constituída por três parâmetros: resposta ocular, resposta verbal e resposta motora. Assim, um score na Escala de Coma de Glasgow inferior ou igual a 8 representa um Traumatismo Cranioencefálico grave, um score entre 9 e 12 indica um Traumatismo Cranioencefálico moderado e um score entre 13 e 15 indica um Traumatismo Cranioencefálico ligeiro. Esta classificação deve ser confirmada através do recurso a Exames Complementares de Diagnóstico. Segundo a Brain Trauma Foundation (sd), no traumatismo ligeiro, a pessoa pode sofrer uma perda de consciência de alguns segundos, embora não ocorra em todas as situações. Pode ainda apresentar alterações no equilíbrio, bem como dores de cabeça, vertigens e problemas de visão. O traumatismo moderado provoca frequentemente letargia, sendo necessária estimulação para provocar abertura dos olhos. Uma pessoa com Traumatismo Cranioencefálico grave está normalmente em coma durante mais de 6 horas. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (2021), as principais causas de Traumatismo Cranioencefálico, são as quedas, acidentes com veículos motorizados, ser atingido ou colidir com objetos, agressões e outras causas.

O impacto inicial do Traumatismo Cranioencefálico dá origem a anomalias generalizadas, incluindo rutura estrutural, efeito de massa e alterações na perfusão cerebral. Ocorrem

ainda alterações metabólicas a partir do momento do impacto inicial mas também relacionadas com fenómenos secundários que causam mais lesões (Muralidharan & Kofke, 2016). Na opinião de vários autores, dependendo da energia e do local do impacto, podem resultar diferentes lesões, como contusões, lacerações, hematomas epidurais, hematomas subdurais, hemorragias subaracnoideias e lesões axonais, as chamadas lesões primárias. No entanto, após a ocorrência da lesão primária, múltiplos eventos secundários são desencadeados pela lesão, contribuindo para a morte ou degeneração celular, diminuindo a hipótese de recuperação funcional e conduzindo a danos cerebrais adicionais e pior prognóstico; são as denominadas lesões cerebrais secundárias. Estas iniciam-se imediatamente após o trauma, mas podem durar semanas ou meses (Chakraborty, Skolnick, & Narayan, 2016; Zoerle, et al., 2017). Para Gibson & Andrews (2016), as causas de lesão secundária podem ser intracranianas (edema cerebral, hidrocefalia, hematoma, convulsões, infeção ou distúrbios metabólicos) ou sistémicas (hipotensão, hipoxemia, hipo ou hipercapnia, hipertensão, anemia, hiperglicemia, hiponatremia, hipertermia ou distúrbios do equilíbrio ácido-base). A intervenção imediata no controlo destes sintomas pode originar a melhoria dos resultados, sendo que o principal objetivo destas intervenções é reduzir a pressão intracraniana, manter a pressão de perfusão cerebral e manter uma oxigenação adequada.

As manifestações clínicas decorrentes da lesão primária variam com o padrão e a extensão dos danos e dependem do tipo, intensidade, direção e duração das forças que causam o Traumatismo Cranioencefálico, ou seja, dependem da causa do traumatismo. Cada pessoa pode ainda reagir de forma diferente a lesões semelhantes (Maas, et al., 2017). De acordo com o mesmo autor, é importante distinguir a lesão primária, que ocorre no momento do traumatismo, e a lesão secundária, que pode evoluir ao longo de horas, dias, semanas, meses ou mesmo ao longo da vida. Os fatores mais comuns que favorecem a lesão secundária são hipóxia e hipoperfusão, que resultam em isquémia, formação de edema do cérebro e interrupção da barreira hematoencefálica. Estes, por sua vez, aumentam o nível da pressão intracraniana que reduz ainda mais a perfusão cerebral estabelecendo um ciclo vicioso de lesão isquémica (Hunt & Bose, 2017).

O dano físico inicial nos tecidos cerebrais é imediato, e em grande medida, irreversível (Chakraborty, Skolnick, & Narayan, 2016), pelo que, devido ao risco de sequelas graves, a atenção deve ser direcionada não só para a fase aguda do traumatismo, mas também para

as potenciais complicações posteriores ao traumatismo (Herazo D. , Maza, Pájaro, & Hernandez, 2018). A gravidade das lesões implica uma rapidez de intervenção que permita minimizar as sequelas e melhorar o prognóstico. Além das medidas imediatas que determinam a diminuição da mortalidade e morbidade associadas aos Traumatismos Cranioencefálicos, as medidas neuroprotetoras são fundamentais para evitar o aparecimento de lesões secundárias que podem agravar o estado das vítimas. Para Bergman et al. (2015) o objetivo dos cuidados médicos e de enfermagem é limitar os efeitos da lesão cerebral secundária, causada por uma multiplicidade de mecanismos celulares e fisiopatológicos. Várias agressões podem agravar a lesão cerebral traumática inicial e preveni-las ou minimizá-las representa uma forma de proteção cerebral (Stocchetti, et al., 2015), melhorando os resultados funcionais. O objetivo do tratamento após a lesão inicial é prevenir e tratar a isquemia cerebral, a fim de minimizar a ocorrência de lesões secundárias e maximizar o potencial de recuperação neurológica (Hunt & Bose, 2017).

As medidas de neuroproteção podem ser definidas como o conjunto de medidas que têm como objetivo prevenir ou interromper a cascata de lesão celular e/ou restabelecer a atividade das células com lesão irreversível (Herazo D. , Maza, Pájaro, & Hernandez, 2018). Para Zoerle et al. (2017), podem ser consideradas um conjunto de intervenções que visam a melhoria dos resultados, recorrendo à preservação e recuperação da integridade, função e conectividade das células que não foram irremediavelmente danificadas pela lesão primária. Estrada Rojo et al. consideram a neuroproteção como “a utilização de qualquer modalidade terapêutica que previne, atrasa ou reverte a morte celular resultante de uma lesão neuronal” (2012, p. 17).

De acordo com Hunt e Bose (2017), as medidas de neuroproteção podem ser classificadas como fisiológicas, farmacológicas ou cirúrgicas e consistem na criação de condições favoráveis para que o cérebro possa garantir um ótimo funcionamento a longo prazo. O Traumatismo Cranioencefálico não é um acontecimento único, podendo tornar-se uma doença crónica progressiva com consequências a longo prazo (Maas, et al., 2017).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que acompanham o impacto total do Traumatismo Cranioencefálico e têm as competências que podem alterar o curso da recuperação do doente. Ao desempenharem um papel vital na prestação de cuidados a doentes com Traumatismo Cranioencefálico grave, é importante que possuam

conhecimentos baseados em evidência, que lhes permitam alcançar os melhores resultados, prestando cuidados de qualidade aos doentes adultos vítimas de TCE (Varghese, Chakrabarty, & Menon, 2017). Para as mesmas autoras, embora nem todas as recomendações e atividades sejam individualmente realizadas pelos enfermeiros, estes são responsáveis pela implementação e avaliação dos resultados destes cuidados.

Metodologia

Um trabalho de investigação deve ter como ponto de partida uma inquietação por parte do investigador, uma situação considerada problemática que necessita de esclarecimento. Sendo o Traumatismo Cranioencefálico considerado um problema de saúde pública a nível mundial, justifica-se identificar medidas de neuroproteção que permitam minimizar a ocorrência de lesões secundárias nos doentes adultos vítimas de Traumatismo Cranioencefálico, uma vez que este tipo de lesões agrava o prognóstico dos doentes, aumentando o número e a gravidade das sequelas a longo prazo.

Neste sentido realizou-se uma Scoping Review, seguindo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* for Scoping Reviews, tendo por base a **questão de pesquisa**: “Quais as medidas de neuroproteção utilizadas no tratamento do doente adulto vítima de traumatismo cranioencefálico?”

Esta revisão tem como **objetivo** mapear a evidência, avaliando a extensão, variedade e natureza da literatura sobre as medidas de neuroproteção utilizadas no doente adulto vítima de Traumatismo Cranioencefálico e compreender a importância da sua implementação na prevenção de lesões secundárias associadas. Para tal, e partindo da questão de pesquisa, foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Participantes – Esta revisão considera estudos que incluam pessoas adultas (com idade igual ou superior a 18 anos), vítimas de Traumatismo Cranioencefálico em situação crítica. Estudos realizados com crianças e adolescentes serão excluídos.

Conceito – A revisão explora o conceito de neuroproteção, considerando os estudos que descrevem o conceito, objetivos e/ou características da neuroproteção como intervenção. Adotou-se a definição de Zoerle et al. (2017), que define neuroproteção como “o corpo das intervenções destinadas a melhorar o resultado do paciente, e preservar e restaurar a

integridade, função e conectividade das células cerebrais não irremediavelmente danificadas pela lesão inicial”.

Contexto – A revisão utiliza estudos que considerem a neuroproteção nos vários contextos de cuidados críticos, nomeadamente unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermédios, serviços de urgência, bloco operatório e extra-hospitalar.

Tipos de estudo – Esta revisão considerada estudos primários, Revisões Sistemáticas de Literatura e revisões narrativas. Inclui estudos de paradigma quantitativo, qualitativo e com métodos mistos: estudos observacionais (com desenhos descritivos, exploratórios e analíticos) e experimentais (incluindo estudos clínicos controlados randomizados, estudos clínicos não randomizados ou outros estudos quasi-experimentais), bem como estudos de coorte transversal e longitudinal.

Foram considerados os estudos publicados em português, inglês, francês e espanhol, na janela temporal de 2015 a 2020, com resumo disponível e acesso a texto integral.

A pesquisa foi realizada durante o mês de setembro de 2020, nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Medic Latina, Nursing & Allied Health Collection e Scielo – Scientific Electronic Library Online, através das plataformas eletrónicas EBSCOHost e B-On, de forma a analisar as palavras de texto contidas no título, assunto e resumo dos artigos.

A equação de pesquisa resulta da interseção dos descritores Mesh e palavras-chave, utilizando os operadores booleanos [OR] e [AND] e está exemplificada em tabela (Tabela 1).

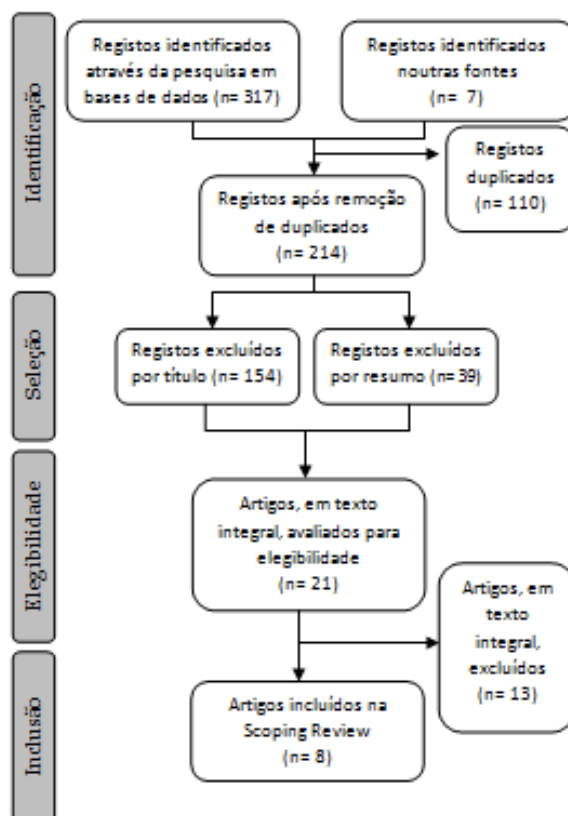
Tabela 1 – Equação de pesquisa

S1	MH "Neuroprotection"
S2	T1 "neuroprotection" OR AB "neuroprotection"
S3	MH "Neuroprotective Agents"
S4	MH "Brain Injuries, Traumatic"
S5	MH "Brain Injuries"
S6	MH "Brain Concussion"
S7	MH "Brain Contusion"
S8	T1 "traumatic brain injury" OR AB "traumatic brain injury"
S9	MH "Craniocerebral Trauma"
S10	T1 "tbi interventions" OR AB "tbi interventions"
S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10
S12	MH "Critical Care"
S13	MH "Emergencies"
S14	MH "Emergency Service, Hospital"
S15	MH "Intensive Care Units"
S16	MH "Operating Rooms"
S17	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16
S18	T1 "critical patient" OR AB "critical patient"
S19	T1 "critically ill patients" OR AB "critically ill patients"
S20	T1 "head trauma patient" OR AB "head trauma patient"
S21	T1 "tbi patient" OR AB "tbi patient"
S22	S18 OR S19 OR S20 OR S21
S23	S11 AND S17 AND S22

Foi ainda realizada pesquisa das referências bibliográficas dos artigos identificados, e pesquisa de estudos não publicados com recurso ao Google Scholar, de forma a alcançar o máximo de resultados possível. Os artigos resultantes da pesquisa foram avaliados com base na informação disponibilizada no título e resumo e posteriormente, os estudos selecionados foram submetidos a uma leitura integral.

Assim, da pesquisa realizada resultaram 324 artigos sobre o tema, dos quais 8 foram selecionados para integrar a revisão, após aplicados os pressupostos protocolares. O Fluxograma Prisma apresentado na Figura 1 ilustra o processo de seleção a que os artigos foram submetidos.

Figura 1: Fluxograma PRISMA (adaptado)



Resultados

Após análise dos artigos selecionados resultantes da pesquisa efetuada, apresenta-se, de seguida, a síntese dos resultados referentes aos oito artigos incluídos na revisão (Tabela 2). As medidas de neuroproteção identificadas são variadas, incluindo intervenções fisiológicas, farmacológicas e cirúrgicas.

Tabela 2: Resultados da análise dos artigos

ID	TÍTULO	AUTOR (ES)	ANO DE PUBLICAÇÃO	MEDIDAS NEUROPROTETORAS IDENTIFICADAS	CONCLUSÕES
A1	Neuroprotection in acute brain injury: an up-to-date review	Stochetti, N.; Taccone, F.; Citerio, G.; Pepe, P.; Roux, P.; Oddo, M.; Polderman, K.; Stevens, R.; Barsan, W.; Maas, A.; Meyfroidt, G.; Beel, M.; Silbergleit, R.; Vespa, P.; Faden, A.; Helbok, R.; Tisherman, S.; Zanier, E.; Valenzuela, T.; Wendon, J.; Menon, D. and Vincent, J.L.	2015	<ul style="list-style-type: none"> - Drenagem de hematoma intracraniano - Craniectomia descompressiva (diminuição da pressão intracraniana - PIC) - Correção da hipotensão arterial - Correção da hipóxia - Intubação pré-hospitalar - Controlo da hemoglobina - Controlo precoce do aumento da PIC, da redução da perfusão cerebral e das convulsões - Hipotermia induzida - Administração de soluções hipertónicas e soluções contendo lactato - Hiperóxia 	<p>Existem muitas modalidades terapêuticas ainda a serem exploradas e testadas, de forma a abordar todas as incertezas existentes no tratamento do TCE. Devem ser considerados projetos alternativos.</p> <p>Pode concluir-se que uma monitorização meticulosa, prevenção da hipoxia, manutenção de um fluxo cerebral adequado são indispensáveis para limitar as lesões secundárias após a lesão inicial.</p>
A2	Neuroprotection Trials in Traumatic Brain Injury	Chakraborty, S.; Skolnick, B.; Narayan, R.	2016	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir/controlar a hipotensão, hipertermia, convulsões, edema, hipoxia, isquémia e hipertensão intracraniana 	<p>A maioria dos agentes neuroprotetores provou ser ineficaz em grandes ensaios</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Manter a perfusão cerebral e a oxigenação Administração de agentes neuroprotetores: <ul style="list-style-type: none"> - Antagonistas dos canais de cálcio - Esteróides - Antagonistas do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) - Agonistas do glutamato - Modulação do sistema imunológico - Estatinas - Progesterona - Hipotermia 	<p>clínicos.</p> <p>Embora a hipotermia pareça ter um efeito neuroprotetor importante em laboratório, na prática, as suas complicações sistémicas podem anular qualquer benefício clínico nos doentes.</p>
A3	Rethinking Neuroprotection in Severe Traumatic Brain Injury: Toward Bedside Neuroprotection	Zoerle, T.; Carbonara, M., Zanier, E.; Ortolano, F.; Bertani, G.; Magnoni, S.; Stochetti, N.	2017	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação e correção de fatores agravantes - Controlo da hipotensão - Controlo da hipoxia - Abordagem precoce da via aérea - Suporte ventilatório - Controlo da PIC/Pressão de perfusão cerebral - Administração de sangue e derivados em caso de hemorragia - Drenagem de hematomas subdurais 	<p>Apesar de existir um grande número de agentes neuroprotectores, nenhum é completamente eficaz, verificando-se repetidas falhas nas intervenções farmacológicas. Assim, a neuroproteção deve ser baseada na prevenção e limitação das ameaças sistémicas e intracranianas.</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de convulsões - Monitorização da temperatura e controlo da hipertermia 	
A4	Recent advances in traumatic brain injury	Khellaf, A.; Khan, D.; Helmy, A.	2019	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem pré-hospitalar da via aérea, para prevenir hipoxia e hipotensão - Monitorização da pressão intracraniana (evitar hipertensão intracraniana) - Monitorização multimodal do cérebro (permite a deteção precoce de distúrbios fisiológicos, orientando as intervenções) - Monitorização da oxigenação do tecido cerebral (prevenção da hipóxia) - Microdiálise cerebral (avalia os distúrbios bioquímicos a nível celular, diagnosticando disfunção metabólica) - Prevenção de convulsões (eletroencefalografia contínua) - Hipotermia terapêutica - Craniectomia descompressiva - Terapias farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> - Corticosteróides - Progesterona - Eritropoietina 	<p>A existência de protocolos de atendimento extra-hospitalar tem um papel fundamental na prevenção de lesões secundárias à agressão inicial. Uma monitorização intensiva e alargada nas Unidades de Cuidados Intensivos, direcionada à deteção de alterações neurológicas funcionais, permite dirigir as intervenções, de forma a controlar instabilidade e prevenir complicações que possam agravar as lesões causadas pelo traumatismo primário e conduzir a lesões secundárias.</p> <p>As terapias farmacológicas não têm demonstrado vantagens</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Amantadina - Ácido tranexâmico - Criticolina - Terapias anti-inflamatórias 	significativas havendo necessidade de mais estudos para demonstrar os benefícios.
A5	Clinical neuroprotection and secondary neuronal injury mechanisms	Hunt, K.; Bose, G.	2017	<p>Medidas fisiológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manutenção da oxigenação/ Controlo da hipoxemia - Controlo da pressão arterial e da pressão de perfusão cerebral - Controlo da temperatura/ hipotermia - Controlo da glicémia - Prevenção de convulsões - Controlo do dióxido de carbono arterial - Controlo da hemoglobina <p>Medidas farmacológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiopental - Propofol - Benzodiazepinas - Agentes anestésicos voláteis - Agentes hiperosmolares - Nimodipina - Corticosteróides - Magnésio 	<p>A neuromonitorização é fundamental para identificar alterações secundárias da função neurológica, direcionando para tratamento específico.</p> <p>As medidas de neuroproteção podem ser divididas em fisiológicas, farmacológicas e cirúrgicas.</p> <p>O objetivo das medidas farmacológicas é diminuir a taxa metabólica cerebral, suprimindo a neurotransmissão e mantendo as reservas de energia celular, no entanto, alguns fármacos não demonstram qualquer melhoria no resultado, pelo que são</p>

				<p>Medidas cirúrgicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Craniotomia descompressiva - Drenagem do fluido cérebroespinal – drenagem ventricular externa <p>Novas modalidades terapêuticas:</p> <p>Estratégias de neuroreparação, células estaminais (medula óssea, cordão umbilical e líquido amniótico), condicionamento isquêmico remoto, terapia metabólica, hiperóxia, esteroides gonadais</p>	<p>necessários mais estudos para evidenciar resultados positivos. As medidas cirúrgicas devem ser questionadas antes de serem utilizadas, uma vez que são medidas invasivas e nem sempre os resultados justificam esse tratamento.</p> <p>Em relação às novas modalidades terapêuticas, com efeito neuroprotetor e neuroreparador, são necessários mais estudos para confirmar a sua segurança e consistência.</p>
A6	Considerations for neuroprotection in the traumatic brain injury population	Bergman, K.; Beekmans, V.; Stromswold, J.	2015	<ul style="list-style-type: none"> - Hipotermia - Craniectomia - Fármacos: <ul style="list-style-type: none"> - Magnésio - Corticosteróides - Progesterona - Nectrófagos de Glutamato (oxaloacetato e piruvato) - Terapia com células estaminais 	<p>Apesar de a hipotermia diminuir o metabolismo cerebral bem como a resposta inflamatória, esta medida ainda não está suficientemente suportada pela literatura. A craniectomia descompressiva está indicada apenas para tratamento de Hipertensão</p>

					intracraniana refratária a outras medidas. A terapêutica neuroprotetora necessita ainda de mais estudos para esclarecer questões como dosagem e duração dos tratamentos.
A7	The Neuroprotection Effect of Oxygen Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis	Deng, Z.; Chen, W.; Jin, J.; Zhao, J. Xu, H.	2018	- Oxigenoterapia -Terapia normobárica - Terapia hiperbárica	Em doentes submetidos a oxigenoterapia normobárica, a pressão de oxigénio no tecido cerebral e a relação lactato/piruvato aumentaram, enquanto a pressão intracraniana, o lactato e a glicose, não apresentaram diferenças significativas. Com o tratamento hiperbárico, a pontuação da escala de Glasgow aumentou e verificou-se uma diminuição da mortalidade. Em doentes com TCE ligeiro, melhorou o distúrbio cognitivo, como a memória, atenção e velocidade

					de processamento. Devem ser realizados mais estudos, no sentido de perceber qual a pressão mais adequada, bem como a duração e a frequência do tratamento.
A8	Traumatic brain injury advancements	Joseph, B.; Haider, A.; Rhee, P.	2015	Fármacos: <ul style="list-style-type: none"> - Esteróides - Solução salina hipertónica - Progesterona - Sulfonilureias - Betabloqueadores - Estatinas - Hipotermia - Condicionamento isquémico remoto 	<p>A maioria da terapêutica farmacológica apresenta resultados positivos no controlo de reações imediatas como a hipotensão, o edema ou a reação inflamatória, no entanto, não se verificam alterações nos resultados a longo prazo, necessitando de mais suporte científico para comprovar a sua eficácia.</p> <p>A utilização da hipotermia no TCE ainda não está clara, não havendo evidência de vantagens ou melhores resultados a longo prazo.</p>

Discussão

O objetivo desta Scoping Review foi mapear a evidência sobre as medidas de neuroproteção utilizadas no doente adulto vítima de Traumatismo Cranioencefálico e compreender a importância da sua implementação na prevenção de lesões secundárias associadas. Para dar resposta a este objetivo foram selecionados oito artigos e incluídos nesta revisão. Os artigos incluídos foram publicados entre 2015 e 2020.

A proteção cerebral inclui criar as melhores condições possíveis para o cérebro, de forma a assegurar um bom funcionamento como objetivo a longo prazo (Hunt & Bose, 2017). Dos artigos mapeados e analisados, cinco (Stocchetti, et al., 2015; Chakraborty, Skolnick, & Narayan, 2016; Zoerle, et al., 2017; Hunt & Bose, 2017; Khellaf, Khan, & Helmy, 2019) identificam a hipotensão, a hipóxia e o aumento da pressão intracraniana (PIC) como fatores agravantes do prognóstico, sendo, por isso, a sua correção considerada essencial para prevenir a ocorrência de lesões secundárias, bem como a manutenção da pressão de perfusão cerebral (Hunt & Bose, 2017). Uma vez que a manutenção da oxigenação é fundamental para preservar a função neurológica, a abordagem precoce da via aérea com intubação no período pré-hospitalar está indicada (Stocchetti, et al., 2015; Zoerle, et al., 2017; Khellaf, Khan, & Helmy, 2019).

Em caso de baixa hemoglobina, pode verificar-se necessidade de controlar com administração de concentrado eritrocitário ou derivados, como forma de melhorar o fornecimento de oxigénio ao cérebro (Zoerle, et al., 2017). No entanto, esta medida só deve ser considerada quando além da anemia se verifica hipoxia do tecido cerebral ou distúrbio metabólico do cérebro (Stocchetti, et al., 2015; Hunt & Bose, 2017), uma vez que a sua administração também está associada a complicações, pelo que deve ser utilizada uma estratégia transfusional individualizada (Hunt & Bose, 2017). Com a mesma finalidade, reações como a hipertermia, convulsões ou outras que conduzam a um aumento do consumo de oxigénio também devem ser controladas (Stocchetti, et al., 2015; Zoerle, et al., 2017; Hunt & Bose, 2017). Nos artigos analisados são ainda identificadas medidas como o controlo da glicémia capilar (Zoerle, et al., 2017; Hunt & Bose, 2017) e do dióxido de carbono (Hunt & Bose, 2017), evitando valores altos ou baixos, como sendo importantes na prevenção das lesões secundárias. Manter os níveis de glicose no sangue controlados, é importante para a neuroproteção, uma vez que a hiperglicemia está

relacionada com piores resultados após Traumatismo Cranioencefálico, enquanto a hipoglicémia também é prejudicial para a recuperação neurológica (Hunt & Bose, 2017).

A Pressão Intracraniana aumentada, pode causar redução da Pressão de Perfusão Cerebral, indispensável para perfundir o cérebro, conduzindo assim à isquémia, pelo que a sua restauração deve ser assegurada o mais rapidamente possível (Stocchetti, et al., 2015; Chakraborty, Skolnick, & Narayan, 2016; Hunt & Bose, 2017), necessitando muitas vezes de realizar cirurgia de emergência (Zoerle, et al., 2017).

A hipertermia pode exacerbar a lesão isquémica, constituindo um fator de risco pelo elevado consumo de oxigénio. Pode ainda provocar vasodilatação dos vasos cerebrais, aumentando a Pressão Intracraniana, pelo que deve ser controlada (Zoerle, et al., 2017). A hipotermia induzida é sugerida em alguns estudos, demonstrando atenuar a lesão de isquémia-reperfusão, reduzir o edema cerebral (Stocchetti, et al., 2015; Chakraborty, Skolnick, & Narayan, 2016), bem como reduzir o metabolismo cerebral e a resposta inflamatória (Bergman, Beekmans, & Stromswold, 2015). No entanto, todos os autores são consensuais relativamente à necessidade de mais evidência para sustentar esta medida (Stocchetti, et al., 2015; Chakraborty, Skolnick, & Narayan, 2016; Bergman, Beekmans, & Stromswold, 2015; Joseph, Haider, & Rhee, 2015), uma vez que apesar de parecer ter um efeito neuroprotetor em laboratório, na prática, as complicações podem ser superiores aos benefícios (Chakraborty, Skolnick, & Narayan, 2016; Khellaf, Khan, & Helmy, 2019). É recomendado manter normotermia em vez da hipotermia induzida (Hunt & Bose, 2017).

O oxigénio é um substrato essencial para o cérebro, no entanto, a margem segura entre doses efetivas e tóxicas é relativamente próxima (Hunt & Bose, 2017). A hiperóxia, com aporte de oxigénio em altas doses aumenta a pressão de oxigénio, podendo traduzir benefícios na restauração do metabolismo e diminuição da Pressão Intracraniana. No entanto, os resultados não foram uniformes, podendo ser eficaz apenas em subgrupos específicos de doentes (Stocchetti, et al., 2015). O oxigénio hiperbárico diminui a lesão neuronal e o edema, pode melhorar o metabolismo cerebral e diminuir a Pressão Intracraniana, no entanto é necessário confirmar os resultados através de outros estudos, além de ser um desafio, transferir um doente da Unidade de Cuidados Intensivos para uma câmara de oxigénio hiperbárica (Stocchetti, et al., 2015). Estudos revelam que doentes tratados com oxigénio normobárico e hiperbárico apresentam benefícios nos resultados comparando com uma terapia standard (Stocchetti, et al., 2015; Hunt & Bose, 2017). A

combinação terapêutica dos dois tipos de oxigênio tem uma melhor eficácia terapêutica em comparação com os dois tratamentos isoladamente, no entanto, a pressão mais adequada, a duração e a frequência do tratamento com oxigênio deve ser mais explorado (Deng, Chen, Jin, Zhao, & Xu, 2018).

Em relação às medidas farmacológicas, são vários os fármacos sugeridos como tendo efeito neuroprotetor, apesar de a sua utilização não ter sido ainda amplamente utilizada, não demonstrando nenhuma melhoria significativa nos resultados (Zoerle, et al., 2017), podendo até alguns apresentar efeitos neurotóxicos (Chakraborty, Skolnick, & Narayan, 2016). O objetivo de muitas das estratégias farmacológicas é reduzir o efeito da lesão isquêmica através da supressão da neurotransmissão e da manutenção das reservas de energia celular (Hunt & Bose, 2017). Apesar de várias décadas de estudos, não existe ainda farmacoterapia com inequívoco benefício nos resultados funcionais após Traumatismo Cranioencefálico (Khellaf, Khan, & Helmy, 2019; Joseph, Haider, & Rhee, 2015), sendo que os resultados que parecem promissores em modelos animais, não se traduzem em efeitos positivos em humanos (Bergman, Beekmans, & Stromswold, 2015). Relativamente à solução salina hipertônica, alguns autores revelam ser mais efetiva do que soluções isotônicas (Joseph, Haider, & Rhee, 2015). No entanto, apesar de ter ganho popularidade recentemente e de apresentar um efeito anti-inflamatório nas células neuronais (Hunt & Bose, 2017), outros autores consideram não haver evidência de superioridade sobre a solução salina isotônica para correção da hipotensão (Stocchetti, et al., 2015), recomendando a correção da hipotensão com fluídos isotônicos (Zoerle, et al., 2017).

No que diz respeito às medidas cirúrgicas, os artigos que as abordaram são consensuais em relação à sua utilização. A drenagem do hematoma cerebral parece conduzir a melhores resultados (Stocchetti, et al., 2015), pela restauração da perfusão cerebral (Zoerle, et al., 2017), no entanto, os autores são da opinião que a craniectomia descompressiva só deve ser realizada em caso de hipertensão intracraniana refratária a todas as outras medidas, fisiológicas e farmacológicas (Stocchetti, et al., 2015; Zoerle, et al., 2017; Khellaf, Khan, & Helmy, 2019; Bergman, Beekmans, & Stromswold, 2015). Apesar de não haver dúvida que o procedimento aumenta a sobrevivência em doentes que de outra forma morreriam, a verdade é que muitos desses doentes sobrevivem com baixa qualidade de vida após a cirurgia (Hunt & Bose, 2017). Além de se tratar de uma cirurgia *major*, com riscos

inerentes, não existe ainda consenso sobre a melhor altura para realizar a cranioplastia (Khellaf, Khan, & Helmy, 2019; Bergman, Beekmans, & Stromswold, 2015).

Conclusão

O Traumatismo Cranioencefálico constitui uma causa importante de morte e incapacidade em todo o mundo. As lesões provocadas podem ser divididas em lesões primárias e lesões secundárias. Apesar de não ser possível intervir na fase de lesão primária resultante do traumatismo, é possível evitar ou minimizar a ocorrência de lesões secundárias que podem agravar o prognóstico da vítima de Traumatismo Cranioencefálico, através da implementação de medidas de neuroproteção. Todos os estudos destacaram a importância destas medidas que, além de prevenirem a lesão secundária, podem aumentar o potencial para a recuperação neurológica, diminuindo assim os défices no futuro. Existem muitas modalidades terapêuticas, embora ainda com necessidade de serem exploradas e testadas.

Devido à heterogeneidade do Traumatismo Cranioencefálico, uma única intervenção não é suficiente, sendo necessária a combinação entre medidas fisiológicas, de monitorização e diagnóstico precoce de alterações hemodinâmicas que podem conduzir a lesões secundárias, medidas farmacológicas e medidas cirúrgicas, sempre que necessário.

O ideal seria minimizar o risco de Traumatismo Cranioencefálico, no entanto, quando acontece, é necessário maximizar as hipóteses de recuperação. Para tal é fundamental o contributo do enfermeiro especialista com competências na área dos cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, detentor de conhecimentos baseados na mais recente evidência acerca das medidas neuroprotetoras que lhe permitem minimizar o risco de lesões secundárias responsáveis por piores prognósticos.

Apesar de toda a investigação dos últimos anos, os dados identificaram fragilidades que deverão ser contempladas em estudos futuros, pelo que se deve continuar a investir na investigação nesta área de conhecimento.

Referências bibliográficas

- Bergman, K., Beekmans, V., & Stromswold, J. (2015). Considerations for Neuroprotection in the Traumatic Brain Injury Population. *Critical Care Nursing Clinics*, 27, pp. 225-233. doi: 10.1016/j.cnc.2015.02.009
- Brain Trauma Foundation. (sd). What is traumatic brain injury? Obtido de www.braintrauma.org. <https://www.braintrauma.org/faq>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Surveillance Report of Traumatic Brain Injury-related Hospitalizations and Deaths by Age Group, Sex, and Mechanism of Injury—United States, 2016 and 2017*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services.
- Chakraborty, S., Skolnick, B., & Narayan, R. (Feb de 2016). Neuroprotection Trials in Traumatic Brain Injury. *16*. doi: 10.1007/s11910-016-0625-x
- Chen, J., & Shi, R. (2014). Current advances in neurotrauma research: diagnosis, neuroprotection and neurorepair. *Neural Regeneration Research*, pp. 1093-1095. doi: 10.4103/1673-5374.135306.
- Corrigan, J., Harrison-Felix, C., & Haarbauer-Krupa, J. (2019). Epidemiology of Traumatic Brain Injury. In J. e. Silver, *Textbook of Traumatic Brain Injury* (pp. 3-24). Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- Deng, Z., Chen, W., Jin, J., Zhao, J., & Xu, H. (2018). The neuroprotection effect of oxygen therapy: a systematic review and meta-analysis. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, pp. 401-416. doi: 10.4103/njcp.njcp_315_16.
- Dias, C., Rocha, J., Pereira, E., & Cerejo, A. (2014). Traumatic Brain Injury in Portugal: Trends in Hospital admissions from 2000 to 2010. *Acta Médica Portuguesa/Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 27, pp. 349-356. Obtido de www.actamedicaportuguesa.com.
- Estrada Rojo, F., Gómez, J., Ramón, E., Luna, B., Arg~uelles, H., Vargas, M., . . . Navarro, L. (2012). Neuroprotección y traumatismo craneoencefálico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 55, pp. 16-29. Obtido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000400004&lng=es&tlng=es
- Gibson, A., & Andrews, P. (2016). Management of traumatic brain injury. In A. Webb, D. Angus, S. Finfer, L. Gattinoni, & M. Singer, *Oxford Textbook of Critical Care*(pp1635-1641).Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199600830.001.0001
- Herazo, D., Maza, M., Pájaro, L., & Hernandez, A. (2018). Neuroprotección farmacológica en neurotrauma / Pharmacological neuroprotection in traumatic brain injury.

- Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 17, pp. 46-52. Obtido de <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/549>
- Hunt, K., & Bose, G. (2017). Clinical neuroprotection and secondary neuronal injury mechanisms. *Neurosurgical Anaesthesia*, pp. 239-243.
- Joseph, B., Haider, A., & Rhee, P. (Dec de 2015). Traumatic Brain Injury advancements. *Current Opinion Critical Care*, 21, pp. 506-511. doi: 10.1097/MCC.0000000000000247.
- Khellaf, A., Khan, D., & Helmy, A. (2019). Recent advances in traumatic brain injury. *Journal of Neurology*, pp. 2878-2889. doi: 10.1007/s00415-019-09541-4.
- Maas, A., Menon, D., Adelson, P. D., Andelic, N., Bell, M., & Belli, A. e. (Nov de 2017). Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology Commission*, 16, pp. 987-1048. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30371-X.
- Stocchetti, N., Taccone, F., Citerio, G., Le Roux, P., Oddo, M., Polderman, K., & Stevens, R. e. (2015). Neuroprotection in acute brain injury: an up-to-date review. *Critical Care*, 19. doi: 10.1186/s13054-015-0887-8
- Tyrie, L., & Mosenthal, A. (2012). Care of the family in the surgical intensive care unit. *Anesthesiology clinics*, 30 (1), pp. 37-46. doi:10.1016/j.anclin.2011.11.003.
- Varghese, R., Chakrabarty, J., & Menon, G. (2017). Nursing Management of Adults with Severe Traumatic Brain Injury: A Narrative Review. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, pp. 684-697. doi:10.4103/ijccm.IJCCM_233_17
- Weston, N., & Sun, D. (2018). The Potential of Stem Cells in Treatment of Traumatic Brain Injury. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 18 (1). doi: 10.1007/s11910-018-0812-z.
- World Health Organization. (2006). *Neurological Disorders: public health challenges*. Geneva: WHO Press.
- Zoerle, T., Carbonara, M., Zanier, E., Ortolano, F., Bertani, G., Magnoni, S., & Stocchetti, N. (2017). *Rethinking Neuroprotection in Severe Traumatic Brain Injury: Toward Bedside Neuroprotection*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5523726/>

2. DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

“O não domínio do saber, numa dada situação, está na origem de toda a forma de stress”

Collière

De acordo com Hesbeen, “o estágio é a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida” (2000, p. 136). Para Alarcão & Rua, os estágios são considerados “momentos de aproximação à vida profissional, tendo, por isso, um papel relevante no processo de formação” (2005, p. 376) . Também Rabiais, considera que “a educação em enfermagem deve procurar relacionar o conhecimento teórico, com as experiências vivenciadas e traduzidas pelo exercício da reflexão, compreensão e descoberta, o que promove o desenvolvimento do pensamento crítico, do conhecimento e da capacidade de traduzir o aprendido na universidade, em contexto de prática clínica...” (2016, p. 102). São, portanto, momentos fundamentais para aliar teoria à prática, promovendo a aquisição de conhecimentos e consequente desenvolvimento de competências, confirmando a afirmação de Rabiais que refere que “não podemos pensar enfermagem sem considerar os contextos onde se produzem os cuidados” (2016, p. 37).

Nesta fase do percurso académico, o estágio não tem como finalidade principal o domínio de técnicas com destreza, mas estimular o pensamento crítico e o interesse pela investigação, adquirindo competências de enfermeiro especialista que permitam participar em tomadas de decisão de forma fundamentada. Para Abreu, “o conhecimento que advém da prática refletida é um saber fundamental porque é específico e inerente à ação, no contexto em que esta se desenvolve” (2007, p. 72). No decorrer desse processo é essencial o enfermeiro ter capacidade de mobilizar para a prática conhecimentos adquiridos em contexto teórico, uma vez que “a ciência e a tecnologia promovem o desenvolvimento de uma prática como a de enfermagem” (Benner, 2001, p. 14). Para a autora, “não é uma questão de escolha, quer do saber científico quer do saber da prática, mas antes de se saber como se relacionarem ambos” (2001, p. 14). Reforçando a mesma ideia, Collière refere

que é imprescindível “conjugar a informação que vem das situações e os conhecimentos que permitem compreender e mobilizar essas situações”, uma vez que “os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida” (1999, p. 257).

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

Assim, seguidamente, apresento os locais escolhidos para a realização dos estágios, com uma breve descrição da estrutura física e organizacional dos mesmos e os motivos que motivaram a minha seleção.

2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

As Unidades de Cuidados Intensivos começaram a surgir nos anos 50 e têm vindo a aumentar progressivamente, devido a fatores como o aumento das indicações para admissão de doentes, a melhoria dos recursos de assistência intra e extra-hospitalar e a evolução de outras áreas médicas que necessitam do apoio da medicina intensiva (Direção Geral de Saúde, 2003). São locais privilegiados “que abordam especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s) (...) garantindo o processo assistencial do doente crítico, com capacidade de resposta qualificada, diferenciada e imediata 24h por dia/ 7 dias por semana” (Serviço Nacional de Saúde, 2017, pp. 6-7), sendo assim considerados “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Direção Geral de Saúde, 2003, p. 6). Segundo a European Society of Intensive Care Medicine (sd), as unidades de cuidados intensivos são locais com equipamentos médicos especiais e equipas altamente qualificadas, preparadas para prestar cuidados, extremamente

estruturados e coordenados de forma contínua, tendo em vista a recuperação do doente e demonstrando devoção e empatia pelo doente e familiares.

O estágio em Unidade de Cuidados Intensivos decorreu ao longo de 8 semanas, de 1 de Setembro a 27 de Outubro de 2020, num total de 180h distribuídas por 22 turnos, num Hospital Central de Lisboa.

A seleção relacionou-se com o facto de este serviço ser uma unidade de saúde de nível III, polivalente, que recebe doentes em estado crítico no pós-operatório imediato ou transferidos de outras Instituições de Saúde da Área Metropolitana de Lisboa (referenciação secundária). Segundo a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, as Unidades de Cuidados Intensivos podem ser classificadas em 3 níveis, de acordo com a sua capacidade assistencial, técnicas utilizadas e valências disponíveis. Em Portugal, apenas as Unidades de nível III são denominadas Unidades de Cuidados Intensivos, com quadros próprios de medicina e enfermagem, capacidade para prestar assistência qualificada durante 24h/dia e acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, sendo classificadas como polivalentes quando possuem o conhecimento e recursos necessários ao tratamento do doente grave independentemente da sua tipologia (Direção Geral de Saúde, 2003). A desenvolver a minha atividade em Bloco Operatório há vários anos, este foi outro dos motivos que motivou a minha escolha, uma vez que, ao longo dos anos, sempre senti necessidade de perceber a evolução dos doentes no pós-operatório, existindo esta fragilidade na continuidade dos cuidados que presto diariamente. O facto de esta unidade de cuidados intensivos pertencer à instituição onde exerço funções, permitiu colmatar esta fragilidade, uma vez que a maioria dos doentes críticos submetidos a cirurgias complexas que necessitam cuidados diferenciados, são encaminhados para esta unidade. Assim, considereei que realizar o estágio neste contexto, iria permitir acompanhar o pós-operatório imediato de doentes no âmbito de diversas valências, contribuindo para uma melhor compreensão deste período e, conseqüentemente para um desenvolvimento do meu desempenho profissional e uma melhoria da prestação de cuidados no quotidiano. Além disso, facilitou a conciliação de horários bem como a integração, uma vez que já estava familiarizada com a missão e valores da instituição.

Um último fator facilitador da escolha foi a história individual de várias décadas da Instituição. É um Hospital que pertence a um Centro Hospitalar reconhecido pelo

Ministério da Saúde, como Centro de Referência em várias áreas, dispendo de todas as valências de cuidados de saúde diferenciados. Além da qualidade assistencial das suas Unidades Hospitalares, este Centro Hospitalar desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação. Tem cerca de 380 camas. Os diferentes serviços são distribuídos por 8 pisos no edifício principal e 4 pisos no edifício das consultas. Tem ainda um pavilhão independente, dedicado às doenças infetocontagiosas, ligado ao edifício das consultas por um corredor (manga).

A Unidade de Cuidados Intensivos é um serviço localizado no 3º piso do edifício principal do hospital. Tem autonomia técnica bem como recursos humanos e materiais próprios. Está organizada em duas áreas, uma para os profissionais e outra para os doentes. Uma primeira área compreende as salas dos profissionais como o vestiário, a sala de pausa/refeições, gabinete administrativo, gabinete médico e gabinete da enfermeira chefe. Uma área contígua mais direcionada para a prestação de cuidados com um balcão de enfermagem (ilha), área de preparação de terapêutica, espaços de arrumação de material, *open space* e quartos de isolamento.

A Unidade tem capacidade para 8 camas, 6 em “*open space*” e 2 em quartos de isolamento, utilizados para doentes com patologia infetocontagiosa ou imunodeprimidos. Cada unidade do “*open space*” está equipada com recursos materiais e tecnológicos necessários à prestação de cuidados ao doente crítico. Estas unidades têm vantagens como a visualização direta do doente, impedindo o isolamento, uma maior vigilância, diagnosticando de forma precoce possíveis complicações, economia de espaço e uma maior rentabilidade dos recursos de enfermagem (Rabiais, 2020). Para Valentin & Ferdinande (2011), a visualização permanente dos doentes, facilita a deteção de alterações do seu estado, permitindo assim melhorar a implementação de ações terapêuticas. No entanto, estão sujeitas a uma maior probabilidade de infeção, maior ruído e menor privacidade, embora esta última seja colmatada pela existência de cortinados a individualizar as unidades. Embora esta disposição aberta permita maximizar a vigilância, por outro lado, compromete a privacidade dos doentes (Bloomer & Al-Mutair, 2013). É um espaço agradável com janelas grandes que permitem a luminosidade natural, o que facilita o equilíbrio sensorial dos doentes e a manutenção de ciclos de sono-vigília. Para Saldaña et al. (2014) as perturbações do sono conduzem a alterações metabólicas e endócrinas, interferem com a

resposta imunitária e tornam o doente mais suscetível a infeções, pelo que se torna fundamental manter os períodos de sono-vigília para a manutenção da saúde. Reúne meios técnicos e humanos especializados que proporcionam aos doentes os cuidados que permitem a estabilização hemodinâmica e a recuperação da sua situação no período pós-operatório.

Em relação aos recursos humanos, a equipa é constituída por assistência médica permanente, com médicos anesthesiologistas ou intensivistas, equipa de enfermagem com 30 enfermeiros, sendo um chefe e um enfermeiro coordenador, dos quais, seis enfermeiros especialistas em Reabilitação e dois em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Também fazem parte da equipa, nove Assistentes Operacionais e um Assistente Administrativo. Contribui ainda para o bom funcionamento desta unidade o apoio de outros serviços como:

- Laboratório de urgência
- Serviço de Imagiologia e Neurorradiologia
- Serviço de Medicina Transfusional
- Serviço de Angiografia
- Serviços farmacêuticos
- Serviço de esterilização
- Cozinha
- Rouparia
- Aprovisionamento/ Consumo clínico
- Serviço de instalação e equipamentos
- Serviço de limpeza

É uma Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos, que recebe doentes de todas as especialidades cirúrgicas que reúnam critérios para serem admitidos, no entanto, a maior percentagem de doentes é do foro neurocirúrgico, sendo que a vaga de Cuidados Intensivos deve ser solicitada previamente pelos cirurgiões, uma vez que a sua capacidade é manifestamente insuficiente para a quantidade de cirurgias realizadas.

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio de urgência decorreu no período de 28 de outubro a 19 de dezembro de 2020, num Serviço de Urgência Geral de um Hospital Central da Área Metropolitana de Lisboa, com a carga horária de 180h de contacto e 20h de orientação tutorial, sob a orientação da Prof^a Doutora Isabel Rabiais e orientação clínica de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O local de estágio foi selecionado por se tratar de um serviço de urgência com uma grande área de influência, com uma vasta experiência na abordagem, avaliação e tratamento do doente crítico, sendo referência para várias especialidades, nomeadamente Neurocirurgia, constituindo um desafio no percurso formativo em que me encontro e sendo o contexto perfeito para a aquisição de competências de enfermeira especialista na área do doente crítico. É uma urgência de nível III, Serviço de Urgência Polivalente, considerado, de acordo com o Art.5º do Despacho nº10319/2014 “o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área (Ministério da Saúde, 2014). Outro dos fatores que motivou a escolha foi o facto de ser o Hospital da área de residência.

É um hospital que serve uma população estimada de cerca de 350 mil habitantes, podendo abranger, em algumas valências cerca de 790 mil habitantes. Dispõe de uma lotação de 596 camas, distribuídas por várias especialidades e Serviços de referência que apoiam regularmente outros hospitais como a Pediatria, Obstetrícia, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Hematologia, Endocrinologia, Medicina Nuclear, Reumatologia, Ortopedia, Neurorradiologia, Nefrologia, entre outros. O hospital conta atualmente com mais de 2800 colaboradores.

Tem implementado Vias Verdes (AVC, Coronária e Sepsis), de forma a dar resposta imediata ao atendimento dos doentes com estas patologias no Serviço de Urgência, e assim acelerar o diagnóstico e o tratamento com a maior brevidade possível.

No que diz respeito ao Circuito do Doente no Serviço de Urgência Geral, este inicia-se com a inscrição no secretariado/ admissão de doentes. De seguida é submetido à triagem, por um enfermeiro, que faz uma classificação do grau de prioridade de atendimento com recurso à Triagem de Manchester. Após observação médica, prestação de cuidados e realização de exames complementares de diagnóstico, o doente poderá ter alta clínica, ficar

em observação no serviço de urgência, ser internado na Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico pertencente ao Serviço de Urgência ou noutra serviço do hospital ou ser reencaminhado para outra Instituição de saúde. Existem pessoas que pela sua situação familiar ou social aguardam no Serviço de Urgência pela resolução da sua situação.

Este serviço situa-se no piso 1 e 2 de um edifício do hospital e visa o atendimento da população 24h por dia, tendo como principais objetivos prestar cuidados adequados a todos os utentes que a ele recorram e proporcionar um acolhimento e acompanhamento individualizado, promovendo a comunicação entre prestadores de cuidados, doentes e familiares.

Está dividido em duas áreas distintas, a área de ambulatório e a área de internamento.

A **Área de Ambulatório**, a funcionar no piso 1, inclui:

- Admissão de doentes
- Gabinete de Informação e Acompanhamento (GIA)
- Triagem (2 salas)
- Serviço de Urgência Verdes e Azuis (SUVA), local onde eram observados os doentes do foro de medicina geral independentes, sem necessidade de O₂, mas que, atualmente, funciona como local de observação para doentes Covid + ou suspeitos a aguardar resultado de teste.
- Reanimação (3 salas, uma das quais, com capacidade para 2 macas, a funcionar como reanimação Covid, outra com capacidade para 1 maca, com pressão negativa para doentes com patologia respiratória e uma sala com capacidade para 2 macas, para reanimação não-Covid))
- Gabinetes de atendimento médico (medicina, cirurgia, traumatologia, psiquiatria, especialidades médicas e especialidades cirúrgicas)
- Sala de pequena cirurgia
- Gabinete de enfermagem

Ainda no piso 1 existe a **Área de Observação Clínica**, que engloba salas de profissionais, gabinetes médicos, gabinete de enfermagem e um “*open space*” com macas e cadeirões para doentes com necessidade de vigilância, triados com pulseira laranja. É também na área de observação clínica que permanecem os doentes com patologia psiquiátrica, com risco de fuga e com situação social frágil.

Ambos os espaços contemplam uma área para cadeiras e cadeirões disponíveis para os doentes que aguardam observação e tratamento.

A **Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico (UIMC)** a funcionar no piso 2, é constituída por 16 camas, distribuídas pelos 3 quartos/enfermarias, das quais 12 possuem capacidade de monitorização não-invasiva, podendo ainda instalar 4 macas no corredor.

Existem ainda **serviços de apoio** que contribuem para o diagnóstico e tratamento adequado dos doentes, nomeadamente:

- Laboratório de urgência, rotinas e microbiologia
- Serviço de Anatomia Patológica
- Serviço de Imagiologia, Neurorradiologia e Medicina Nuclear
- Serviço de Medicina Transfusional
- Serviço de Hemodiálise
- Exames especiais (Endoscopias, colonoscopias, eletroencefalogramas)
- Serviço de Hemodinâmica/ Angiografia
- Serviços farmacêuticos
- Serviço de esterilização
- Cozinha
- Rouparia
- Aprovisionamento/ Consumo clínico
- Serviço de instalação e equipamentos
- Serviço de limpeza

Em relação aos recursos humanos no Serviço de Urgência, o trabalho desenvolve-se em equipa, sendo a equipa multidisciplinar constituída por profissionais de saúde de várias áreas, nomeadamente enfermeiros, médicos, farmacêuticos, assistentes operacionais, assistentes sociais e técnicos de diferentes áreas. Todos trabalham em complementaridade, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade aos doentes que recorrem ao serviço de urgência.

Relativamente à equipa de enfermagem, é constituída por 89 enfermeiros, dos quais 1 enfermeiro chefe e 3 enfermeiros coordenadores. Os restantes enfermeiros estão organizados em 5 equipas, 4 delas constituídas por cerca de 16 enfermeiros, com um

enfermeiro chefe de equipa apoiado por mais 2 enfermeiros (2º e 3º elementos) que trabalham em regime de horário rotativo, e uma equipa de enfermeiros com horário fixo, que fazem apenas manhãs ou horário intermédio (11h30-20h).

Da totalidade dos enfermeiros, 12 são enfermeiros Especialistas, sendo que 10 (incluindo chefe de serviço) são especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica e 2 especialistas em enfermagem Comunitária. A gestão do serviço é da responsabilidade do enfermeiro chefe, em colaboração com os 3 enfermeiros coordenadores e os 4 enfermeiros chefes de equipa. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes sectores é da responsabilidade do chefe de equipa e é realizada no início de cada turno.

De forma a garantir a continuidade de cuidados a passagem de turno é realizada junto a cada um dos sectores de trabalho, entre os enfermeiros alocados a esse posto, quer no ambulatório quer no internamento. O chefe de equipa passa ocorrências da totalidade do serviço ao chefe da equipa seguinte, dando ênfase a situações mais complexas que possam estar presentes.

A equipa de Assistentes Operacionais é constituída por 45 elementos e está dividida em 4 equipas, que são distribuídas por postos de trabalho, pelo enfermeiro chefe de equipa no início de cada turno e dependem funcionalmente do enfermeiro chefe, chefe de equipa de enfermagem e enfermeiros.

A equipa médica é constituída pelo Diretor do Serviço de Urgência, único médico que pertence ao serviço e por elementos de diferentes especialidades do hospital, que realizam um ou dois dias de urgência por semana. Para além dos médicos da equipa, existem algumas especialidades que proporcionam apoio ao Serviço de Urgência, como oftalmologia, otorrinolaringologia, psiquiatria, gastroenterologia, nefrologia, neurocirurgia... com horários previamente determinados.

Sendo um Serviço de Urgência Polivalente, dá resposta específica a várias valências. Por ser um hospital que abrange uma grande área geográfica e que é referência na área de neurocirurgia, não só na sua zona de influência, mas também para vários hospitais na zona sul do país, verifica-se uma grande afluência de doentes deste foro.

Apresentado o segundo contexto de estágio, de seguida descrevo as atividades desenvolvidas, refletindo sobre o conhecimento adquirido e competências especializadas desenvolvidas.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

“Ser competente não é apenas ser inteligente, importa desenvolver um processo holístico de implicação profissional.”

Rabiais

A enfermagem, como todas as ciências, está em constante evolução, pelo que é fundamental a atualização permanente de saberes, com o objetivo de dar resposta a solicitações cada vez mais complexas e diferenciadas. Nesta perspetiva, os cuidados prestados devem ser baseados em evidência, conduzindo a uma tomada de decisão fundamentada, o que torna a especialização uma realidade cada vez mais presente. O desenvolvimento de competências especializadas permite aos enfermeiros prestar cuidados de qualidade, adequados às, cada vez maiores, exigências a que são submetidos. Ao prestar cuidados de elevada qualidade, demonstrando um desempenho responsável e competente, os enfermeiros estão a contribuir para o desenvolvimento da disciplina, dando visibilidade à enfermagem como ciência.

Assim, enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (...), e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no (...) Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

Competência está associada a um “conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (...) que justificam um alto desempenho”, sendo que “os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas” (Fleury & Fleury, 2001, p. 185). Para os mesmos autores, a competência não se limita a conhecimentos teóricos, podendo ser definida como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades ...” (2001, p. 188).

Também na visão de Alarcão & Rua (2005), competência não se limita a conhecimentos teóricos, pelo contrário, a competência profissional de um enfermeiro está subdividida em competência cognitiva, competência técnica e competência comunicacional, refletindo os diferentes saberes da enfermagem: saber, saber fazer e saber ser. Assim, e de acordo com as autoras, a competência é a capacidade de mobilizar os conhecimentos, aplicando-os a uma determinada situação, sendo que para tal é necessário saber o que fazer em cada situação em concreto. Partilhando a mesma opinião, Le Boterf refere que “não basta que um profissional seja detentor de competências (...), é fundamental que ele seja capaz de as associar e de as mobilizar, com pertinência, numa situação de trabalho, de saber como proceder para agir” (2006, p. 61). Em resumo, e segundo o mesmo autor, “o profissional competente é aquele que, não só é capaz de agir com pertinência numa dada situação, mas que compreende, igualmente, o porquê e o como agir” (2006, p. 63).

Com a crescente exigência técnica e científica, é imperioso que os enfermeiros desenvolvam competências especializadas que lhe permitam prestar cuidados diferenciados e de elevada qualidade, baseados em evidência e que lhe possibilitem fundamentar a tomada de decisão. Segundo Deodato “é a capacidade para tomar decisões que permite a cada pessoa transformar a decisão em ato” (2010, p. 32).

Os enfermeiros devem ter um papel ativo na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências ao longo da sua carreira, dando cumprimento ao Art. 109º, alínea c), da Deontologia Profissional, que refere que o enfermeiro deve assumir o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Diário da República, 2015).

Assim, e concordando com os diferentes autores, ser competente não resulta apenas de um processo formativo, mas de conseguir mobilizar os conhecimentos e aplicá-los em contextos específicos, na medida em que “importa não apenas ter conhecimentos ou capacidades de execução técnica, mas sobretudo demonstrar capacidade de os utilizar de forma adequada face a cada contexto específico do cuidar” (Rabiais, 2016, p. 103). Resulta de um processo de crescimento e desenvolvimento pessoal, em que a meta é a excelência dos cuidados prestados. Mas para atingir esse nível de desempenho não é suficiente desempenhar funções de forma exemplar, é necessário ir mais além. Sendo o “cuidar” a principal missão do enfermeiro, não podemos descurar a vertente relacional desse mesmo

cuidar. A prática numa determinada área de cuidados pode conduzir-nos a um desempenho mecanizado, em que, não comprometendo a técnica, pode levar-nos a esquecer determinadas dimensões. Os contextos onde se realizaram os estágios (Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência), bem como a área onde desempenho funções há vários anos (Bloco Operatório) são locais onde se concentra tecnologia avançada e onde, por vezes, a emergência da situação nos conduz a um mundo cada vez mais tecnicista, onde se tratam situações específicas e não a pessoa como um todo. Neste âmbito, cabe a cada um de nós manter a humanidade que caracteriza o cuidar em enfermagem, sendo que o enfermeiro especialista assume uma responsabilidade determinante na humanização de cuidados e na gestão de uma relação terapêutica eficaz com a pessoa e família alvo dos seus cuidados.

É nesta perspetiva que anoro este trabalho e o meu desempenho na Teoria do Cuidar de Jean Watson. Com a necessidade de mudar de um cuidado mais técnico para um mais centrado no cuidado humanizado, surgiu a Teoria do Cuidar. Watson define teoria como “...um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram clarificar um fenómeno” (2002, p. 8). Integrada na escola de pensamento do *Caring*, que tem como centro o cuidar e no paradigma da transformação, em que a pessoa vivencia os fenómenos de forma única, Watson pretende que a “enfermagem se mova para além do objetivável, da verificação, das operações rígidas, das definições e se dedique mais ao significado, às inter-relações (...) ao desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença, e em fazer novas descobertas em como estar numa relação profissional de cuidar” (2002, p. 8). Particularizando os conceitos metaparadigmáticos, Watson defende a **pessoa** como sendo mais do que uma soma das suas partes, apresentando-o como “uma pessoa de valor para ser apreciada, respeitada, educada, compreendida e assistida” (2002, p. 29), “um ser no mundo” (p. 97). Define **Saúde** como sendo “unidade e harmonia com a mente, corpo e alma” associada com um “grau de congruência entre o eu percebido e o eu experienciado” (p. 86). O **Ambiente** não é claramente definido, referindo que o cuidado tem existido em todas as sociedades e assumindo, num dos seus fatores cuidativos, a existência de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual. Watson define **Enfermagem** como “conhecimento, pensamento, valores, filosofia, comprometimento e ação, com algum grau de paixão (...) uma ciência humana de pessoas e de saúde humana” (2002, p. 96).

A enfermagem é uma profissão centrada no cuidado humano, e “quem cuida tem como características mais abstratas, o facto de compreender os outros como seres únicos, compreender os seus sentimentos e distingui-los” (Watson, 2002, p. 64). O enfermeiro deve ter capacidade de compreender os sentimentos do doente, e é nesse talento de juntar o outro a si próprio com um sentimento de cuidar e preocupação, expressando esse sentimento através de indicações externas, que consiste a arte de cuidar (Watson, 2002).

No decorrer do ato de cuidar, enfermeiro e doente estabelecem uma relação em que as experiências daí decorrentes têm repercussões no futuro de ambos, é a relação transpessoal. No cuidar transpessoal “a dignidade humana e o humanismo são preservados e a indignidade humana é suavizada nas experiências de saúde-doença” (Watson, 2002, p. 125). Para a autora, a função da enfermagem é cuidar da pessoa na sua totalidade. E cuidar “requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros...” (2002, p. 55).

A Teoria do Cuidar baseia-se num sistema de valores que demonstra um grande respeito pela vida e propõe que todos os envolvidos no processo de cuidar, valorizem as pessoas e a vida humana, tendo o mais elevado respeito pela autonomia e pela liberdade de escolha. Para a autora, “para que a enfermagem corresponda verdadeiramente às necessidades da sociedade (...) tanto o ensino como o sistema de prestação de cuidados de saúde, têm de ser baseados em valores humanos e na preocupação com o bem-estar dos outros” (Watson, 2002, p. 61).

Para Watson “todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjetivas às condições de saúde doença, interações ambiente-pessoa; um conhecimento do processo de cuidar; um auto-conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar” (2002, p. 55), o que vai de encontro a uma outra teoria que defende que o cuidado de enfermagem deve ajudar a pessoa a vivenciar processos de saúde-doença, a encontrar estratégias para ultrapassar esse período e recuperar a estabilidade.

Assim, considero que uma única Teoria, não fundamenta os cuidados de enfermagem na sua totalidade, podendo obter vantagens do recurso a várias teorias, uma vez que “toda a enfermeira que esclarece as situações de cuidados de enfermagem, através dos contributos de diferentes conhecimentos, enriquece-os ...” (Collière, 1999, p. 221). Para a mesma autora, “fazer de uma teoria um corpo rígido de conhecimentos que se aplica a objetos e,

pior ainda, a pessoas, transforma-a num instrumento redutor” (1999, p. 221). Da mesma opinião é Hesbeen que considera que “as teorias ou os modelos apresentados como referências únicas encerram a prática dos profissionais e limitam a sua reflexão quando as situações de vida encontradas, sempre únicas, precisam de uma abordagem rica, dinâmica e com referências múltiplas e variadas” (2000, p. 107). Para o autor, se os profissionais “se sentirem obrigados a praticar a sua arte referindo-se a uma única teoria ou a um modelo pré-estabelecido, já não será arte” (2000, p. 106).

Nesta perspetiva, em complementaridade com a Teoria do Cuidar de Jean Watson, considereei como linha de orientação a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Para a autora as teorias são necessárias para descrever a natureza das transições, os padrões normais de resposta a transições, as condições das transições e para fornecer diretrizes para melhorar a perceção de bem-estar. Para compreender uma Teoria é importante definir os conceitos chave em torno dos quais se desenvolve, os denominados conceitos metaparadigmáticos, que no caso da enfermagem são a saúde, a pessoa, o ambiente e a enfermagem. Meleis considera a **saúde** como a perceção de bem-estar e a capacidade de reagir à doença assumindo novos papéis, a **pessoa** como o objeto de ação das intervenções de enfermagem, o **ambiente** como sendo o meio onde existe a interação entre o enfermeiro e a pessoa e a **enfermagem** como as intervenções de enfermagem que proporcionam suporte e apoio no processo de transição (Meleis A. , 2010). A Teoria de Enfermagem de Meleis propõe como conceito central as transições a que as pessoas são sujeitas ao longo da vida. Estas, quer sejam desejadas ou impostas, envolvem sempre mudança e adaptação a novas situações. Numa situação de doença, em que ocorrem processos de transição saúde-doença, verificam-se alterações na vida do doente e família, geradoras de sofrimento e instabilidade. É neste caso, quando as alterações interferem com a saúde, que passam a ser foco de atenção dos enfermeiros. Como tal, é necessário delinear estratégias que facilitem o processo de transição, de forma saudável e com resultados positivos. A Transição é definida por Meleis, como a “passagem de um estado bastante estável para outro estado bastante estável e é um processo acionado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes etapas dinâmicas, marcos, e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados finais” (Meleis, 2010, p. 11).

Para a teórica existem quatro tipos de transições: as de desenvolvimento, que acontecem no curso normal do crescimento e desenvolvimento, ao longo do ciclo vital, como os

problemas de identidade na adolescência ou situações de reforma ou de doença crónica na passagem da idade adulta para a terceira idade; as situacionais, que envolvem adição ou subtração de pessoas no seio familiar, tal como o nascimento ou morte de um membro da família; as organizacionais, em que as organizações, quando experienciam transições, afetam a vida deles, das pessoas que trabalham com eles e dos clientes e as transições de saúde-doença. Estas incluem transições como mudanças súbitas de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda ou de doença crónica, (Meleis A. , 2010). A pessoa pode atravessar várias transições de diferentes tipos ao mesmo tempo, o que explica a necessidade de uma abordagem holística por parte dos enfermeiros. No decorrer da transição, a pessoa passa por diferentes etapas como a consciencialização, o compromisso ou envolvimento, a mudança, o tempo e os eventos críticos que resultam de experiências anteriores. Cada um, com a sua individualidade e com a ajuda da intervenção do enfermeiro, contribui de forma positiva ou negativa para a transição. No entanto, existem fatores influenciadores do processo de transição, que Meleis (2010) identifica como sendo o significado, as expectativas, o nível de conhecimento, o ambiente, o nível de planeamento e o bem-estar físico e emocional. Com tantas variáveis, é um desafio para os enfermeiros compreender a forma como cada pessoa está a vivenciar o seu processo de transição, permitindo assim desenvolver estratégias adequadas a cada caso em particular, de forma a assegurar uma boa adaptação e efetuar a transição de forma saudável, para conseguir alcançar a estabilidade e uma nova sensação de bem-estar.

No caso das transições saúde-doença, cabe aos enfermeiros, ajudar as pessoas a viverem esses períodos, sendo facilitadores de transições saudáveis, assumindo a responsabilidade de apoiar o doente e família na sua nova condição (Meleis A. , 2010). Sendo o Traumatismo Cranioencefálico um acontecimento crítico que pode provocar sequelas a longo prazo, é importante que o doente e familiares adquiram conhecimentos sobre a situação que estão a vivenciar. Para Meleis (2010), o grau de envolvimento nos processos inerentes à transição é influenciado pelo conhecimento que se tem sobre o processo.

Assim, a Teoria das Transições de Meleis permite aos enfermeiros compreender melhor todo o processo de transição, facilitando a sua intervenção. Para a autora, ajudar as pessoas a gerir as transições da vida é uma função chave dos enfermeiros, que devem conseguir, através de intervenções adequadas, ajudar a pessoa a recuperar a estabilidade.

Com o objetivo de demonstrar a importância dos conhecimentos teóricos e da sua mobilização para a prática na aquisição de competências especializadas, passo a descrever as competências adquiridas ao longo da minha experiência profissional, bem como o percurso desenvolvido nos diferentes contextos de estágio, de forma cronológica e apoiada na mais recente evidência.

3.1. BLOCO OPERATÓRIO

A Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família- Vigilância e Decisão Clínica”, foi creditada, ao abrigo do Art. 45º, do Dec. Lei 74/2006, tendo em conta as competências adquiridas ao longo de vários anos de experiência no Bloco Operatório Central (BOC) e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

O Bloco Operatório (BO) onde desempenho funções localiza-se no edifício principal de um hospital central de Lisboa e está distribuído por 2 pisos. O acesso aos vestiários é restrito aos colaboradores e faz-se pelo piso 2. É também neste piso que se localizam a zona social, tal como, a copa, a sala de refeições e a sala de pausa que também funciona como sala de passagem de ocorrências e sala de reuniões.

O piso 3, com acesso por escadas interiores dispõe de gabinetes de enfermagem e pessoal administrativo, salas de armazenamento de materiais, farmácia, sete salas operatórias com as respetivas salas de apoio e salas de indução anestésica, zona de transfer e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

Em relação aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída por cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de imagiologia, representantes de equipamentos médicos diversos e auxiliares de limpeza e higienização hospitalar. A equipa de enfermagem é constituída por 63 enfermeiros, sendo 1 enfermeira chefe e 2 enfermeiras coordenadoras. Existe um total de 10 enfermeiros especialistas, 8 em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 2 em Enfermagem de Reabilitação. Parte dos elementos desempenha funções em horário fixo, que compreende o turno da manhã (8-16h), horário intermédio (12-20h) ou prolongamento (8-20h) enquanto outro grupo constituído por 14 elementos desenvolve a sua atividade em horário rotativo.

Também fazem parte da equipa 18 Assistentes Operacionais distribuídos pelos diferentes turnos e pelas diferentes funções (sala operatória, Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, serviço de apoio exterior ou área pública).

Além da equipa médica que permanece no serviço enquanto decorre a cirurgia, há ainda um médico anesthesiologista presente 24h para dar apoio às urgências que ocorram na instituição e área de recobro (UCPA).

É uma unidade autónoma, que possui meios físicos, técnicos e humanos diferenciados, no entanto, para conseguir disponibilizar cuidados com qualidade e segurança aos doentes que necessitam de cuidados anestésicos e cirúrgicos especializados, dispõe do apoio e colaboração de outros serviços, nomeadamente laboratório de urgência, serviços de imagiologia, angiografia, medicina transfusional, serviços farmacêuticos, serviço de esterilização e outros serviços de apoio como rouparia, cozinha entre outros.

Todas as salas dispõem de equipamentos específicos de tecnologia superior, necessários ao atendimento de doentes críticos com a realização de cirurgias de alta complexidade e procedimentos diferenciados. Realiza cirurgias de várias valências, nomeadamente Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Otorrinolaringologia, Urologia e Cirurgia Vascular, em contexto de cirurgia programada, cirurgia de urgência interna e urgência diferida. Cada sala é assegurada, além da equipa médica, por uma equipa de três enfermeiros, ocupando as funções de enfermeiro de apoio à anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista, e por um assistente operacional. Sendo um hospital universitário, há normalmente elementos das várias classes profissionais em formação e elementos em integração.

É um serviço que trabalha 24 horas por dia, sete dias por semana, recebe doentes maioritariamente adultos, desde jovens adultos a idosos, em cirurgia programada ou urgente, referenciados de várias Instituições de Saúde.

A Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos é parte integrante do bloco operatório e está preparada para prestar cuidados de nível intermédio ao doente no período pós-operatório imediato, podendo permanecer durante 24h. Recebe doentes de todas as valências cirúrgicas submetidos a anestesia geral ou regional. Dispõe de 10 camas em *open space*, com vigilância de enfermagem e anestesia 24h/dia, individualizadas por cortinas que asseguram a privacidade e dignidade da pessoa numa fase tão vulnerável da sua vivência.

Todas as unidades possuem equipamento adequado e necessário à monitorização hemodinâmica, invasiva e não invasiva, rampa de oxigénio, de ar comprimido e de vácuo e aquecimento mecânico. Existe ainda uma sala de sujos de apoio à Unidade e uma zona de apoio à enfermagem, com balcão de trabalho, computadores e uma central de monitorização.

As salas operatórias e o recobro têm um enfermeiro responsável de cada valência e um segundo elemento que, além de assegurarem os cuidados inerentes à sua função acumulam atividades relacionadas com a gestão de todo o material necessário ao correto funcionamento da sala/UCPA, que deve ser avaliado diariamente, de acordo com os planos operatórios.

Tanto o bloco como o recobro são espaços que possuem luz natural, que está descrita como essencial em ambiente de bloco operatório. A existência de luz natural, com efeito na satisfação no trabalho e a vista para a natureza, com redução do stress ocupacional, são das características mais apreciadas pelos profissionais de saúde, melhorando o seu desempenho e aumentando a produtividade (Zadeh, Shepley, Williams, & Chung, 2014) .

A desempenhar funções há vinte e três anos em bloco operatório, desenvolvi competências que me permitem prestar cuidados diferenciados, **fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do doente**. Considero a minha experiência profissional de extrema importância para o meu desenvolvimento na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, uma vez que cuido de doentes com patologia complexa, muitas vezes com grande instabilidade hemodinâmica em que é necessário **implementar protocolos terapêuticos complexos**, bem como possuir competências específicas na utilização de tecnologia avançada, no sentido de **executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos cirúrgicos complexos**. O hospital a que pertence o bloco operatório onde desempenho funções, integra um dos quatro grandes centros hospitalares que constituem os Centros de Referência da Urgência Metropolitana de Lisboa (UML), assegurando cuidados de urgência a pessoas vítimas de aneurismas e acidentes vasculares cerebrais durante o fim-de-semana, através de escalas rotativas. Estes doentes chegam ao bloco em situação crítica, com grande instabilidade hemodinâmica, sendo necessário **responder de forma pronta e antecipatória, reconhecendo necessidades de intervenção especializada, adequando estratégias de**

intervenção e priorizando as intervenções na prevenção de complicações decorrentes do processo cirúrgico.

Em ambiente de bloco operatório onde o stress e a pressão se acumulam, decorrentes da complexidade das situações vividas, é fundamental um bom ambiente de trabalho e que a equipa multidisciplinar consiga desenvolver a sua atividade num ambiente de sintonia e cumplicidade. Para os doentes, um ambiente harmonioso entre a equipa confere segurança e sensação de ser cuidado (Hanssen, Jacobsen, & Skramm, 2020). Neste sentido, **estabeleço relações terapêuticas e multiprofissionais, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática.**

O bloco operatório é, por si só, gerador de grande ansiedade nos doentes, que chegam desprovidos dos seus bens, sem apoio familiar e numa situação de grande vulnerabilidade. Neste contexto, ao longo dos anos, tenho tido a preocupação de acolher o doente, mostrando disponibilidade para esclarecer todas as suas dúvidas e receios, **adequando a comunicação a cada situação específica**, com a preocupação de ultrapassar todas as barreiras existentes e estabelecer uma relação de confiança que permita um adormecer sereno. Ainda neste âmbito é de extrema importância o controlo do ruído na sala operatória aquando da indução anestésica. No decorrer de tantos cuidados que antecedem o início de uma cirurgia, principalmente uma cirurgia de urgência, facilmente somos impulsionados para uma rotina de atitudes puramente técnicas que confirmam a afirmação de Watson quando refere que “o conceito da função de cuidar do enfermeiro está ameaçado pela tecnologia (...)” (2002, p. 54), mas é também esta a altura de maior ansiedade, em que é necessária uma maior interação, indo de encontro à opinião de Meleis (2010), que considera que interação e transição são indissociáveis. É importante **respeitar o doente, garantindo a privacidade e dignidade**. Qualquer que seja a função que estou a desempenhar, tenho por hábito parar os breves segundos da indução anestésica, para apoiar a pessoa, sem ruídos, sem conversas paralelas, valorizando o toque e a relação interpessoal. Uma mão dada durante um período de ansiedade gera sentimentos de confiança. Frequentemente, a pessoa acorda à procura da mão e sempre que possível tento estar presente antes de acordar, como se tivesse permanecido ali ao longo de toda a cirurgia. Cuidar envolve assim “valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências” (Watson, 2002, p. 55).

Sendo um local de grande concentração de tecnologia, onde facilmente os profissionais se envolvem em inúmeras tarefas descuidando a vertente humana, é importante que o enfermeiro perioperatório seja detentor de conhecimentos técnicos e científicos que lhe permitam prestar cuidados especializados, mas sem esquecer as competências relacionais, fornecendo apoio físico e emocional num momento crucial da vida dos doentes onde as dúvidas e a angústia sofridas podem pôr em risco a sua recuperação. Como refere Collière, “cuidar não pode ter sentido se a utilização das técnicas se não mantiver integrada no processo relacional (1999, p. 269). Ao longo dos anos tenho mantido uma atitude confortadora para com os doentes, não me deixando envolver na tendência tecnicista do bloco operatório, promovendo um ambiente seguro e empático, **garantindo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais** e reforçando a ideia de Watson, de que “a função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana” (2002, p. 54).

No decorrer de processos cirúrgicos complexos, o planeamento de intervenções é fundamental bem como a prevenção de complicações daí decorrentes. A segurança do doente no período intra-operatório é um tema bastante estudado, no entanto, a sua pertinência mantém-se. A prevenção de quedas, de queimaduras, de lesões decorrentes dos posicionamentos e de outros riscos anestésicos e cirúrgicos devem ser assegurados, **colaborando na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros e adotando conduta antecipatória, garantindo a segurança do doente.**

Pela minha experiência nas várias valências, sou frequentemente elemento de referência, **disponibilizando assessoria aos enfermeiros e à equipa**, contribuindo para a **otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão**. Responsável pela valência de urologia, contribuo para a gestão da sala operatória, **assegurando a disponibilidade de recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade, utilizando-os de forma eficiente.**

Responsável pelo programa de colheita de órgãos, tenho oportunidade de gerir a equipa e organizar todos os recursos necessários à realização de uma colheita de órgãos, participando na cirurgia e **demonstrando conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do dador de órgãos e tecidos.**

Ao **realizar auditorias** às funções das assistentes operacionais, supervisiono as tarefas delegadas, **avalio a qualidade das práticas clínicas**, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Sendo o bloco operatório um local em constante evolução, onde o avanço científico e tecnológico está sempre presente, tive necessidade, ao longo dos anos, de frequentar vários cursos e ações de formação, no sentido de **preencher lacunas do conhecimento** e aumentando assim a capacidade de **fundamentar a intervenção e tomada de decisão na melhor evidência**. A formação “desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes (Collière, 1999, p. 339). Fui responsável pela formação em serviço, favorecendo a aprendizagem e atuando como **dinamizadora e gestora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados**.

No período pós-operatório imediato os doentes permanecem na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. É neste período que há maior probabilidade de ocorrerem complicações, o que justifica a necessidade de vigilância ativa e cuidados diferenciados. Sujeitos a monitorização invasiva e, muitas vezes com patologia grave associada, é fundamental **identificar focos de instabilidade** com o objetivo de **priorizar as intervenções na prevenção de complicações**. É também neste período que a prevenção e controlo da dor assumem uma importância extrema. A dor é um fenómeno muito frequente no período pós-operatório, está mais relacionada com o local operado do que com a gravidade do procedimento e, quando não controlada é responsável pelo aumento de complicações, pelo que a redução do quadro doloroso é essencial para a recuperação (Souza & Corgozinho, 2016). Durante a prestação de cuidados na UCPA, **identifiquei alterações que demonstrassem a presença de dor**, e atuei de forma a reduzir o desconforto, **administrando terapêutica analgésica e implementando medidas não farmacológicas de controlo da dor**. Após estas atitudes é de extrema importância monitorizar a resposta do doente avaliando assim a eficácia dos procedimentos. Souza & Corgozinho consideram que “a enfermagem deve, antes de tudo, prevenir, avaliar, controlar e aliviar a dor” (2016, p. 77). Ainda em contexto de UCPA, tenho a oportunidade de prestar apoio aos familiares, através do atendimento de chamadas telefónicas, num número disponibilizado ao familiar de referência, com quem tenho oportunidade de **estabelecer uma relação terapêutica eficaz** e colocando-o, de seguida, em contacto com o seu familiar.

Terminada a cirurgia, nem sempre os doentes permanecem na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. Após a realização de um procedimento cirúrgico complexo, os doentes têm necessidade de serem encaminhados para uma Unidade de Cuidados Intensivos, onde têm à sua disposição uma equipa multidisciplinar, em permanência, bem como meios adequados para prestar cuidados na fase do pós-operatório imediato, onde a vigilância tem que ser rigorosa, no sentido de prevenir focos de instabilidade e complicações que poderiam comprometer o sucesso da cirurgia e a sua recuperação.

3.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

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

As funções de uma UCI abrangem um conjunto de ações e procedimentos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento assegurados 24h por dia (Direção Geral de Saúde, 2003). Para dar resposta a este nível de exigência, é fundamental aprofundar conhecimentos bem como adquirir competências que permitam assegurar a qualidade de cuidados prestados, uma vez que deles depende a melhoria clínica do doente. Os enfermeiros devem ser detentores de conhecimentos que lhes permitam ter capacidade de definir e alterar prioridades, capacidade de comunicação e de trabalho em equipa, de forma a poderem prestar cuidados de qualidade ao doente crítico (Swinny, 2010). Sendo a busca pelo desenvolvimento de aprendizagens profissionais, que constituam uma base para processos de tomada de decisão, uma competência comum do enfermeiro especialista, a realização do estágio numa UCI possibilitou a aquisição de conhecimentos que permitiram desenvolver competências fundamentais para um desempenho com qualidade. Durante este período tive oportunidade de desenvolver aprendizagens que permitiram atingir os objetivos propostos, bem como estabelecer contacto com situações da prática clínica que me permitiram consolidar e interligar conhecimentos teóricos. Os estágios são momentos de aproximação à vida profissional e constituem uma componente importante do processo

de formação. É neste ambiente formativo que os conhecimentos adquiridos no ensino teórico devem ser mobilizados, através da interação com situações reais em contextos diferenciados (Alarcão & Rua, 2005).

Tendo como primeiro objetivo específico **desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e família em contexto de unidade de cuidados intensivos**, é fundamental a disponibilidade para a aprendizagem. Sendo a Pessoa em Situação Crítica “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p. 19362) é imprescindível adquirir competências que permitam mobilizar conhecimentos e habilidades, como resposta às necessidades afetadas da pessoa, em tempo útil e de forma holística, tendo em vista a sua recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). Neste sentido é também muito importante a disponibilidade e a atitude com que os colegas nos acolhem. A formação de adultos apresenta características diferentes da formação inicial, uma vez que já temos um percurso anterior, somos portadores de experiência, pelo que é importante que os colegas especialistas que nos acompanham adotem uma postura de entreajuda e cumplicidade, aceitando que este período deve ser de partilha de saberes. Na opinião de Cunha et al (2010), as qualidades dos supervisores são determinantes no sucesso da formação profissional dos estudantes de enfermagem. Para Alarcão e Rua (2005), o supervisor (orientador) deve ser facilitador e incentivador do aluno, proporcionando um ambiente favorável e adotando uma atitude deontologicamente correta e uma relação interpessoal de ajuda. A presença de estudantes num serviço deve ser benéfica tanto para o estudante, como para o orientador, para a equipa e para o próprio serviço, ajudando a refletir sobre as práticas e conduzindo assim a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Uma vez que já conhecia a Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos, já que transfiro doentes diariamente para este serviço, a integração na estrutura física e a adaptação à equipa multidisciplinar foi facilitada. Assim, comecei por tomar conhecimento das normas e protocolos implementados no serviço, de forma a uniformizar procedimentos e a sentir mais segurança na prestação de cuidados especializados, contribuindo assim para o processo de recuperação dos doentes. Numa fase inicial, a colaboração na prestação de cuidados diferenciados, permitiu integrar-me na equipa passando a fazer parte integrante

da mesma e desenvolvendo relações interpessoais facilitadoras do trabalho em equipa. A complexidade do doente em Unidade de Cuidados Intensivos implica uma grande variedade de tecnologia, que permita a manutenção ou mesmo a substituição das funções vitais da Pessoa em Situação Crítica. O desenvolvimento de competências a nível da monitorização invasiva e da gestão de processos cirúrgicos complexos, sofreu influência positiva do conhecimento prévio que tenho dos diferentes equipamentos e técnicas cirúrgicas e anestésicas. Para tal mobilizei conhecimentos que já possuía da componente teórica do curso e da minha experiência profissional, demonstrando capacidade de “gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial especializada e da sua experiência profissional e pessoal” (Figueiredo, Madureira, & Lourenço, 2019). Concordo assim com a opinião de Rabiais quando refere que “a aprendizagem significativa só se verifica, quando a informação nova é ligada a conceitos existentes” (2016, p. 135). No entanto, apesar da experiência prévia e das competências já adquiridas em outros contextos de trabalho, foi necessário desenvolver a capacidade de observação e planeamento, constituindo um processo de grande aprendizagem, uma vez que é um serviço de grande complexidade e exigência do ponto de vista profissional, pessoal e emocional, em que os cuidados prestados são “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p. 19362).

É, portanto, necessário ter capacidade de adaptação a novas vivências, novas situações e uma grande vontade de aprender, adquirir e desenvolver competências que me permitam cuidar de forma especializada, já que “cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico – cirúrgica (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p. 19363). Assim, comecei por colaborar na prestação de cuidados com a enfermeira orientadora, evoluindo depois para a autonomia no cuidar especializado, **executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica.**

Para facilitar este processo de aprendizagem, fui construindo ao longo do estágio, um portfólio, onde incluí todas as pesquisas realizadas, artigos consultados, no sentido de

esclarecer dúvidas que surgiam durante o dia de trabalho, relativamente a patologias, terapêutica, diagnósticos, procedimentos, escalas utilizadas e outros temas que me tenham despertado curiosidade e com os quais não estivesse familiarizada, de forma a basear a minha atuação na melhor evidência. Para evoluir é imprescindível traduzir a evidência em ações, o que exige a constante atualização e aprimoramento da prática profissional do enfermeiro. Com o aumento na produção e divulgação do conhecimento científico, surgem inúmeras evidências com o intuito de comprovar a efetividade das intervenções e fundamentar a tomada de decisão (Danski M. , Oliveira, Pedrolo, Lind, & Johann, 2017). Incluí ainda algumas reflexões, sobre vivências do estágio. Para Swinny (2010), o pensamento crítico ajuda os enfermeiros a trabalhar no ambiente complexo da UCI e inclui, não só conhecimentos de enfermagem, mas também a capacidade de reconhecer complicações potenciais e reais, antecipar necessidades e comunicar habilmente com a equipa. Para a mesma autora, um enfermeiro que tenha capacidade de pensar criticamente, prestará melhores cuidados ao doente. Este conjunto de documentos permite refletir um pouco do meu percurso profissional durante estas semanas, bem como expor aprendizagens adquiridas, dando cumprimento à aquisição de competências no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, suportando a prática clínica em evidência científica, alicerçando as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente.**

A maioria dos doentes admitidos nesta unidade é acolhida do bloco operatório, por terem sido submetidos a processos cirúrgicos complexos ou por terem patologia associada que possa comprometer a sua recuperação. Frequentemente ficam conectados a prótese ventilatória durante o período pós-operatório, o que exige uma vigilância rigorosa. A Ventilação Mecânica Invasiva é descrita por Melo et al. (2014) como um método de suporte utilizado em doentes com alteração da função respiratória, que não conseguem realizar trocas gasosas e fornecer oxigénio para a perfusão tecidual e ocorrência de reações celulares. São doentes que necessitam de cuidados especializados e de uma vigilância ativa que permita diagnosticar focos de instabilidade. Apesar de cuidar diariamente de doentes ventilados, em contexto de bloco operatório, tendo, por isso, conhecimento sobre o funcionamento dos ventiladores, tive necessidade de me familiarizar com as diferentes modalidades ventilatórias, conseguindo, progressivamente, interpretar a resposta da pessoa e agindo em **complementaridade funcional com os restantes profissionais de saúde** (Ordem dos Enfermeiros, 1998), no sentido de otimizar a

parametrização com o objetivo de uma melhor adaptação que conduza à consequente estabilização e conforto do doente, **adequando estratégias de intervenção especializada de modo a proporcionar bem-estar e conforto à pessoa**. Progressivamente consegui **identificar focos de instabilidade adotando conduta antecipatória** de forma a evitar complicações. No caso de ocorrerem, consegui priorizar e implementar respostas de enfermagem apropriadas recorrendo a conhecimentos previamente adquiridos, conseguindo mobilizá-los para a prática. “A teoria é um excelente instrumento para explicar e prever”, no entanto, “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria (...)” (Benner, 2001, p. 32).

Ao acompanhar a evolução destes doentes, foi possível participar no desmame ventilatório, **monitorizando os progressos da pessoa considerando os resultados esperados**, sendo a ventilação espontânea e consequente extubação uma vitória comemorada por todos. Segundo Melo et al. (2014) o processo de desmame ventilatório deve ser acompanhado por toda a equipa multiprofissional, para que ocorra sem complicações.

Os doentes em estado crítico são submetidos a inúmeros procedimentos invasivos, além de, muitas vezes, terem a sua imunidade comprometida. Assim, existe um elevado risco de infeção associado aos cuidados em Unidade de Cuidados Intensivos, pelo que se verifica também uma grande preocupação nesta área. A lavagem/higienização das mãos, bem como o uso de técnica asséptica nos procedimentos invasivos são medidas inquestionáveis na prestação de cuidados. A Unidade cumpre ainda o Protocolo de Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), de acordo com a Norma 018/2014 da DGS, atualizada a 27/04/2015 (DGS, 2015, p. 1). Segundo esta Norma, “todos os doentes (...) internados em unidades de cuidados intensivos (...) por um tempo previsível superior a 48 horas devem ser submetidos a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhete, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão.” Tive a oportunidade de **demonstrar conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos**, realizando as colheitas indicadas aquando da admissão do doente (urocultura, zaragatoa nasal e retal), cumprindo os 5 dias de higienização com os toalhetes de clorhexidina, **estabelecendo assim os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo da infeção**.

Neste ponto, apercebi-me que os doentes não cumprem isolamento de contacto até à obtenção do resultado (tal como indicado na norma), apenas são isolados se o resultado vier positivo. Tive a possibilidade de discutir esta situação com a enfermeira orientadora, no sentido de realizar uma **avaliação das práticas** que pudesse conduzir a uma **eventual revisão das mesmas**, no entanto, dada a existência de apenas dois quartos de isolamento, esse procedimento não é possível. Percebi ainda que nos doentes que permanecem menos de 5 dias na UCIC e que, por isso, não completam o protocolo, este é interrompido, não tendo seguimento no serviço para onde são transferidos. Tive oportunidade de refletir com os colegas, numa tentativa de **salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano**, no entanto, referiram nada poderem fazer e, como tal, aproveitei o momento da transferência de um doente para a enfermaria para abordar as colegas e questionar sobre o motivo da não continuidade do protocolo. Não foram muito recetivas ao assunto e referiram não concordarem com este procedimento, a não ser que o doente esteja infetado. Apesar de ter lembrado que era profilático, **tentando envolver os colaboradores na gestão do risco**, não foi possível motivar a equipa a finalizar o protocolo. Num serviço onde a maioria dos doentes estão ventilados, é também de extrema importância a prevenção da pneumonia associada à ventilação. Para tal tive o cuidado de realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina pelo menos três vezes por dia, de acordo com a Norma 018/2014 da DGS (DGS, 2015).

Estando estes doentes numa situação bastante instável, é muitas vezes necessário realizar exames complementares de diagnóstico aquando do agravamento do seu estado. Acompanhei o transporte intra-hospitalar, tendo o cuidado de assegurar condições de segurança e de manter a estabilidade, estando vigilante e atenta a qualquer alteração. Em relação a este assunto, percebi que o trajeto entre a Unidade de Cuidados Intensivos e o serviço de imagiologia não é fácil, havendo vários obstáculos pelo caminho e ainda o piso irregular que provoca algum desconforto aos doentes submetidos a cirurgia e em recuperação. Tive o cuidado de levar sempre a mala de transporte existente no serviço para acompanhar o doente crítico, **organizando os recursos materiais e meios técnicos de intervenção e antecipando focos de instabilidade**. Segundo Pires et al. (2015) o sucesso do transporte intra-hospitalar depende do planeamento e da atuação organizada da equipa multiprofissional.

À medida que se vai diminuindo a sedo-analgésia, surgem outras preocupações como a avaliação do score, que deve evoluir de forma favorável, ficando os doentes progressivamente mais estáveis e independentes. Também a dor é uma preocupação constante, usando escalas apropriadas para a situação de cada doente (BPS – Behavioral Pain Scale, PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia Scale, VAS – Escala Visual Analógica, escala numérica). No que concerne a este tema, tive a preocupação de estar atenta a sinais que indicassem a presença de dor ou desconforto, atuando de imediato, no sentido de proporcionar bem-estar ao doente, **intervindo na gestão da dor, utilizando medidas farmacológicas e demonstrando conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas**. Numa fase mais avançada na recuperação da consciência surgem preocupações como a capacidade de deglutição e o risco de queda, também estes avaliados por escalas adequadas (escala de GUSS - Gugging Swallowing Screen e Escala de Morse, respetivamente). A instabilidade que caracteriza o doente crítico em UCI implica que este seja permanentemente vigiado e avaliado de forma a detetar eventuais complicações que possam surgir. A utilização de várias escalas permite identificar as necessidades dos doentes, permitindo a adaptação das atitudes, bem como avaliar a eficácia das intervenções implementadas, garantindo assim a qualidade dos cuidados prestados.

É também nesta fase de recuperação do estado de consciência que ganha especial importância o desenvolvimento de técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa doente. Estabelecer uma comunicação eficaz esclarece e tranquiliza a pessoa, contribuindo para uma melhor aceitação da sua situação e posterior recuperação. Há situações, por diversos motivos, em que se verifica alteração da comunicação seja por afasia, pela presença de traqueotomia ou por outro motivo. Nestes casos é importante conseguir ultrapassar as barreiras de comunicação, estar disponível, pelo tempo que for necessário e utilizar todos os meios ao nosso alcance para conseguir ultrapassar essas barreiras e comunicar com a pessoa, **adaptando a comunicação à pessoa e ao contexto, desenvolvendo assim competências específicas em técnicas de comunicação**. Sendo a comunicação um fator facilitador e determinante, essencial nos cuidados centrados no doente (Slatore, et al., 2012), existe na unidade um documento com o alfabeto e algumas palavras simples que os doentes podem indicar e assim facilitar o processo e diminuir a angústia no olhar de quem não se consegue expressar. Melhorar as possibilidades de comunicação e interação dos doentes é um fator importante para obter os melhores resultados e evitar complicações (Vincent, et al., 2016).

Constatei, com muita satisfação que, apesar da situação complicada que estamos a viver devido à pandemia, que proíbe as visitas nos hospitais, a Unidade em que realizei o estágio não descurou o cuidado com os familiares. A Unidade de Cuidados Intensivos é um serviço que provoca bastante ansiedade nos familiares, uma vez que recebe doentes em estado crítico e que necessitam de vigilância. Para diminuir os níveis de ansiedade dos familiares, as suas necessidades devem ser identificadas e satisfeitas, devendo os enfermeiros ter competências específicas para identificar e dar resposta a essas necessidades (Alsharari, 2019). Para Tyrie e Mosenthal (2012) compreender as necessidades emocionais da família, melhora a capacidade da mesma participar na tomada de decisão, assim como pode afetar positivamente a recuperação do doente. Sendo a satisfação das necessidades de informação classificada como uma das mais importantes relatadas pelas famílias (Gaeeni, Farahani, Seyedfatemi, & Mohammadi, 2014), pode participar no apoio emocional e esclarecimento de dúvidas bem como promover o contacto entre o doente e os familiares através de videochamadas que se realizam diariamente entre as 12h e as 13h. Além desta permissão de contacto, todos os dias o médico que se encontra de serviço contacta o familiar de referência para o manter informado acerca da evolução do doente. A parceria entre doentes, profissionais e familiares é essencial quando o doente é incapaz de tomar decisões em relação aos seus cuidados (Bloomer & Al-Mutair, 2013). Fiquei surpreendida, de forma positiva, com esta atuação e com esta preocupação em manter o contacto entre os entes queridos que é tão importante para a sua recuperação, como pude testemunhar pela situação da Sra D. T. que apesar de não estar reativa a nenhum dos nossos estímulos, reagia visivelmente quando ouvia o som da voz da filha, demonstrando assim a importância do **envolvimento da família no processo de cuidar**. Em caso de fase final de vida, são abertas exceções, os familiares são contactados e convidados a deslocar-se ao hospital, devidamente protegidos, sendo proporcionadas as condições possíveis de privacidade para se despedirem. Para Meleis (2010), numa transição situacional, compete ao enfermeiro adotar uma postura de elemento facilitador no processo transacional, com a finalidade de promover uma transição saudável. **Nestas ocasiões, tive oportunidade de demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto**. Relembro com alguma tristeza uma situação vivenciada durante o estágio em que um casal de idosos que passava um período de férias num parque de campismo no Alentejo, aproveitando para confinar durante a pandemia, viu o sonho de uma vida terminado, quando a senhora sofreu um Acidente

Vascular Cerebral extenso e foi imediatamente transferida para Lisboa. O marido, sozinho, ficou sem notícias até ao dia seguinte, quando soube da gravidade da situação da esposa e lhe foi dada oportunidade de se despedir, juntamente com a filha. Foi com recurso a competências especializadas, mas também com muita compreensão e carinho que foi promovido apoio a esta família e principalmente a este senhor que passava dias de sonho que em segundos se transformaram em pesadelo.

O momento da transferência é o momento da recompensa de todos os nossos esforços. Quando alguém sai da Unidade de Cuidados Intensivos, significa que já não precisa de uma vigilância tão rigorosa, e que, progressivamente se foi tornando mais autónomo. Foi com satisfação e orgulho que constatei que alguns doentes, principalmente os que já tiveram experiências anteriores nesta unidade tentam atrasar a transferência e emocionam-se na altura em que acontece, sinal inequívoco da qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto tive o cuidado de assegurar a continuidade de cuidados, elaborando uma Nota de Alta completa, com toda a informação relevante, bem como acompanhar o doente ao serviço que o vai receber e transmitir oralmente toda a informação necessária para que a sua recuperação continue a evoluir favoravelmente. A continuidade de cuidados é assegurada por registos completos e precisos realizados na plataforma de registo informático B-Simple[®], dando assim cumprimento ao Art. 104º - Do direito ao cuidado, alínea d) da Deontologia Profissional, em que assumimos o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Diário da República, 2015).

A pandemia que estamos a vivenciar obriga a determinadas contingências, não sendo permitida a aglomeração de pessoas, pelo que limitou a realização de formação em serviço. Assim, sempre que detetei alguma inconformidade, **diagnosticando necessidades formativas**, fi-lo de forma informal, em momentos como a passagem de turno, **atuando como formador oportuno**, de forma a transmitir a informação a um maior número de pessoas. Aconteceu, por exemplo, quando verifiquei que na UCIC ainda se utilizava heparina na preparação do soro que perfunde na linha arterial, bem como na “lavagem” dos lúmens do cateter venoso central. Vários estudos consideram que as vantagens da utilização de heparina são muito inferiores aos inconvenientes da utilização da mesma. Tive a preocupação de disponibilizar os estudos para consulta, **favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e**

competências dos enfermeiros, bem como alertar para a evidência existente no sentido de sensibilizar a equipa para este facto. A equipa foi recetiva, interessada dando origem a um momento de reflexão interessante, após o que observei alteração do comportamento dos mesmos no sentido de alterar este procedimento. Por ter experiência em bloco operatório fui várias vezes abordada para esclarecer dúvidas sobre técnicas cirúrgicas e procedimentos intra-operatórios, cujo conhecimento facilita a prestação de cuidados pós-operatórios, sendo assim reconhecida como elemento de referência, **facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho**. Durante este período tive ainda oportunidade de participar como formanda numa sessão de formação acerca de “Montagem de circuito e manutenção da máquina de hemodiafiltração” (ANEXO I), com o objetivo de adquirir e aprofundar conhecimentos no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes submetidos a esta técnica, e assistir a vários Webinar, sendo os mais significativos os submetidos aos temas “Literacia em Saúde, um desafio emergente” e “A abordagem ABCDE na urgência e emergência”.

Como forma de dar resposta às **competências do Domínio da Gestão de Cuidados**, constante no Anexo III do regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), tive oportunidade de acompanhar o Enfermeiro Coordenador do serviço durante um dia de trabalho. As funções são muito variadas e englobam a gestão de recursos humanos e materiais, de forma a adequar os recursos às necessidades de cuidados, mas também o contacto com serviços de apoio, de forma a promover a manutenção do material. Desempenhar funções de gestão num serviço com este nível de complexidade, implica conhecimentos, assertividade e capacidade de coordenar a equipa e gerir recursos de forma a promover a qualidade. Nesta Unidade de Cuidados Intensivos, a enfermeira chefe e a enfermeira coordenadora são duas pessoas muito presentes que têm uma boa relação com a equipa e que estão atentas a pormenores que fazem a diferença na prestação de cuidados. Para Fradique & Mendes, são os enfermeiros chefes que devem “motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atenta às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação” (2013, p. 48). Têm ainda o cuidado de promover a humanização de cuidados de forma tão personalizada que proporcionam momentos marcantes na recuperação, como o facto de solicitarem um pequeno bolo de aniversário sempre que um doente permanece na Unidade neste dia tão especial. Pequenos gestos que fazem uma grande diferença na vida destas pessoas, “porque

os cuidados de enfermagem são assim (...) uma imensidão de «pequenas coisas» e são estas «pequenas coisas» “que dão sentido à vida” (Hesbeen, 2000, p. 47).

Tendo delineado como segundo objetivo específico **“Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à Pessoa em Situação Crítica vítima de Traumatismo Cranioencefálico e sua família no âmbito da neuroproteção”**, desenvolvi a minha atividade no sentido de adquirir competências neste campo de ação. Sendo esta uma unidade que recebe maioritariamente doentes do foro neurocirúrgico, considerei importante refletir sobre um tema nesta área. Com a situação de pandemia que estamos a atravessar, são também admitidos doentes não cirúrgicos, provenientes do serviço de urgência de um hospital do mesmo centro hospitalar. Neste contexto constatei que há um número significativo de doentes admitidos com o diagnóstico de Traumatismo Cranioencefálico (TCE). O TCE constitui um problema de saúde pública grave, com números elevados de ocorrência em todo o mundo, e “tem um impacto sócio-económico considerável, sendo uma importante causa de morbimortalidade, frequentemente causador de incapacidade permanente” (Dias C. , Rocha, Pereira, & Cerejo, 2014, p. 349) . Se as consequências do Traumatismo Cranioencefálico são inevitáveis, as lesões secundárias que daí advêm já podem ser prevenidas ou pelo menos minimizadas. “O curso natural do dano cerebral agudo, costuma ser complicado por eventos adversos adicionais, como o desenvolvimento de hipertensão intracraniana, hipóxia cerebral ou hipoperfusão. Todos esses eventos podem levar a danos cerebrais adicionais e piorar o resultado” (Zoerle, et al., 2017, p. 1) Existem medidas de neuroproteção que podem ser utilizadas de forma a minimizar a ocorrência de comorbilidades e a gravidade das sequelas resultantes. Ainda para Zoerle et al “uma abordagem projetada para a identificação precoce e correção imediata de insultos pode, portanto, limitar os danos cerebrais e melhorar os resultados” (2017, p. 1).

Os enfermeiros, por serem os profissionais que permanecem junto do doente 24h por dia, são os que assumem uma responsabilidade determinante na prevenção de lesões secundárias associadas ao TCE. McNett et al., defendem que “os enfermeiros da unidade de cuidados intensivos são responsáveis pela monitorização e manutenção contínua dos valores fisiológicos associados às lesões cerebrais secundárias e, portanto, são os membros da equipa de cuidados de saúde melhor posicionados para detetar e prevenir essas lesões” (2010, p. 251). Assim, tentei sempre que possível aplicar todas as medidas de

neuroproteção que estavam ao meu alcance, monitorizando todos os parâmetros e estando atenta a sinais de instabilidade hemodinâmica e neurológica, de forma a agir antecipadamente e facilitar a sua recuperação neurológica, tendo o cuidado de envolver a equipa, atuando como **dinamizadora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos.**

A formação para divulgação dos resultados obtidos através da Scoping Review, foi agendada junto da enfermeira orientadora, no entanto, não foi realizada devido ao período que estamos a atravessar, pelo que, utilizei as passagens de turno para divulgar alguns artigos científicos que permitem rever práticas e promover alterações que permitam uma melhoria contínua, dando assim resposta a uma competência prevista no Regulamento nº140/2019, em que o Enfermeiro Especialista **“Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”** (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A passagem do enfermeiro especialista em fase de aquisição de competências especializadas é muito importante para os serviços, uma vez que transmitimos conhecimentos e divulgamos evidência que pode promover o desenvolvimento de práticas de qualidade. Considero que tive facilidade na adaptação ao espaço físico e à equipa multidisciplinar, por ser um ambiente conhecido e próximo da minha atividade diária. Sendo a minha experiência anterior em Bloco Operatório, facilitou a adaptação à prestação de cuidados pelo nível de conhecimentos, estando atenta a sinais e sintomas que possam conduzir a instabilidade e complicações. Para Benner, e de acordo com o modelo de Dreyfus, “...com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das atuações (2001, p. 63). A comunicação com os doentes também foi facilitada por já estar habituada a utilizar a comunicação não-verbal, como o toque e o olhar no meu dia-a-dia, permitindo estabelecer uma relação terapêutica. Como refere Rabiais, “a comunicação não-verbal reveste-se de um carácter de espontaneidade e traduz as emoções mais profundas sentidas no momento” (2016, p. 358).

A gestão do tempo em Unidade de Cuidados Intensivos constituiu um desafio. A aquisição de destreza e rapidez suficientes para conseguir assegurar cuidados de qualidade a todos os doentes a quem presto cuidados e ainda estar preparada para identificar e dar resposta a todas as complicações que possam ocorrer, como por exemplo acompanhar um doente à realização de exames complementares de diagnóstico, preparar e administrar terapêutica ou

colaborar na entubação de um doente que agravou o seu estado, foi sendo gerida ao longo do estágio, com diferenças evidentes no final. Esta evolução confirma que “competência envolve ter conhecimento, julgamento, habilidades, energia, experiência e motivação que permita dar uma resposta adequada face às necessidades e responsabilidades com que nos deparamos” (Rabiais, 2016, p. 102).

Outra grande dificuldade é conseguir manter o distanciamento emocional de algumas situações vivenciadas e emocionalmente mais intensas. Habituada a desempenhar funções há vários anos em Bloco Operatório, onde o contacto com o doente é bastante limitado, tenho tendência a aproximar-me demasiado e criar laços muito próximos com os doentes, o que conduz a algum sofrimento pessoal quando a evolução não é tão favorável como gostaria. Para Rabiais (2016), estes confrontos com momentos de sofrimento constituem fontes de enriquecimento pessoal, contribuindo para o desenvolvimento da prática sobre o cuidado humano.

Posso concluir que o meu estágio na Unidade de Cuidados Intensivos foi muito gratificante. Consegui agilizar os cuidados prestados ao doente e família adquirindo progressivamente competências especializadas nesta área, conseguindo priorizar as situações e adequar o meu desempenho a cada situação particular. Os conhecimentos adquiridos serão muito úteis para o meu desempenho futuro mobilizando conhecimentos adquiridos durante este estágio para a minha atividade diária, que não só vão melhorar a qualidade dos cuidados que presto, como podem contribuir para a melhoria da articulação entre os dois serviços (Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Intensivos).

3.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Cuidar da pessoa e família a vivenciar processos de doença crítica exige um grande domínio de conhecimentos e de competências de forma a uma tomada de decisão rápida e segura, uma vez que a instabilidade e o risco de vida iminente em que se encontram assim o exigem. A gravidade e urgência dos casos exigem do enfermeiro do serviço de urgência capacidade de reagir e de se adaptar rapidamente à situação de forma a prestar assistência especializada ao doente em situação crítica.

Entende-se por Pessoa em Situação Crítica “aquela cuja vida está ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362) .

O Serviço de Urgência (SU) “tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015), sendo um local privilegiado para o desenvolvimento de competências, não só cognitivas e comportamentais, como também de relações interpessoais. É um serviço onde se prestam cuidados de elevada complexidade e diferenciação, pelo que os profissionais têm de ser altamente diferenciados e especializados para as funções que lhe são exigidas. No entanto, é também um ambiente gerador de sentimentos de insegurança e stress. A necessidade de agir de forma rápida e eficaz, perante doentes em situação crítica bem como a carga emocional que essas situações acarretam, fazem deste serviço um local particularmente difícil mas ao mesmo tempo motivador e desafiante.

O enfermeiro do serviço de urgência confronta-se diariamente com situações novas e com grau de exigência elevado, obrigando a uma constante atualização de conhecimentos. Para Alarcão e Rua, “concebe-se hoje o conhecimento como dinâmico, contextualizado, socialmente construído, interligado nas suas parcelas” entendendo-se “a formação como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interativos” (2005, p. 374).

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais, que constituam uma base para processos de tomada de decisão, é uma competência comum do enfermeiro especialista, pelo que, durante o percurso no Serviço de Urgência, tive necessidade de realizar pesquisa sobre assuntos que suscitaram dúvidas durante o dia, no sentido de basear a minha atuação na melhor evidência. De acordo com Rabiais, “teoria é equivalente a evidência. Partindo desta premissa, utilizar a teoria na prática significa que estamos a utilizar a evidência na prática” (2016, p. 420). Para Danski et al. (2017), evidência científica deve ser usada em todos os momentos da prestação de cuidados, permitindo alcançar melhores resultados. Ainda para o mesmo autor, “...a tradução de evidências científicas em ações é imprescindível para a prestação de uma assistência com o maior grau de qualidade possível” sendo que “o desafio é identificar as necessidades de assistência no quotidiano (...) procurar as respostas na literatura científica e estudá-las de maneira crítica” (2017, pp. 1-2).

Em situação de urgência, a tomada de decisão tem que ser rápida e segura, uma vez que pode ser determinante para a evolução do estado de saúde do doente, pelo que, o enfermeiro que desempenha funções num Serviço de Urgência deve possuir competências científicas, técnicas, éticas e relacionais que lhe permitam dar uma resposta eficaz e em tempo útil. O perfil dos enfermeiros de urgência é diferente dos restantes. A desempenhar funções num ambiente ruidoso, stressante e com grande rotatividade de doentes, os enfermeiros do serviço de urgência devem ter capacidade de trabalhar sob pressão e cuidar de pessoas com problemas físicos, psicológicos e sociais. Devem ainda possuir competências no desenvolvimento de uma relação com indivíduos de todas as faixas etárias e de diferentes meios socioeconómicos e culturais, em situação crítica, estabelecendo uma relação terapêutica enquanto realizam a avaliação, obtendo a confiança dos mesmos (Kennedy, Curtis, & Waters, 2014). Nesta perspetiva, a presença do enfermeiro especialista, em contexto de urgência, é fundamental para a tomada de decisão e para a prestação de cuidados, uma vez que “os cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...) tendo em vista a recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

Existem ainda situações de emergência, que resultam de uma “agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362). Neste caso a assistência deve ser imediata, eficaz e sem hesitações.

Num serviço onde tudo era novo para mim, a integração no espaço e na equipa constituiu a primeira preocupação. Integrar uma equipa de um Serviço de Urgência e desenvolver competências num contexto com características tão específicas e complexas constituiu desde logo um desafio. No SU a integração na equipa é fundamental, uma vez que, segundo Sheehy (2011), é o serviço onde o trabalho em equipa e o respeito mútuo são mais importantes, já que deles depende a prestação de melhores cuidados. Fui muito bem acolhida por toda a equipa, com quem facilmente estabeleci uma boa relação, de cumplicidade e aprendizagem mútua. Desenvolvi assim a minha capacidade de adaptabilidade individual e organizacional, **estabelecendo relações terapêuticas e multiprofissionais** e sentindo-me parte da equipa.

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

No SU onde decorreu o estágio, a triagem é realizada por enfermeiros experientes, que fazem uma classificação do grau de prioridade de atendimento com recurso à Triagem de Manchester. Este é um tipo de triagem que consiste na classificação dos doentes através de um sistema de cores [vermelho (emergente); laranja (muito urgente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente); azul (não urgente) e o branco (utilizada quando existe um contato prévio para transferências, indicações médicas ou tratamentos)] e tem como objetivo definir o nível de prioridade através da identificação de critérios de gravidade, com posterior alocação da pessoa à área de atendimento mais adequada (Grupo Português de Triagem, 2015). De acordo com os mesmos autores, o Sistema de Triagem de Manchester não fornece um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, a partir da queixa que motivou o doente a procurar o serviço de urgência.

É um procedimento que, apesar de parecer simples, na realidade é bastante complexo e exige experiência e capacidade de comunicação com o doente e família. Durante o tempo que permaneci na triagem percebi que, apesar do fluxograma que deve ser seguido, existem outras particularidades que devem ser tidas em conta. Uma anamnese completa por parte do enfermeiro bem como a sua experiência vão alertar para pormenores que podem passar despercebidos a quem seguir apenas o algoritmo. Existem doentes que tentam manipular o processo, em seu favor, tentando ser atendidos mais rapidamente. Utilizadores frequentes do Serviço de Urgência pelos mais variados motivos, têm conhecimento dos sintomas e dos critérios que podem alterar a classificação, tornando-os prioritários. Foi recorrente o recurso ao SU com o objetivo de realizar exames complementares de diagnóstico prescritos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Por outro lado, por vezes eram encaminhados pela linha de apoio à saúde, reforçando a ideia de

Botelho quando refere que existem autores que consideram que “uma visita ao SU pode ser atribuída a um encaminhamento por profissionais de saúde como consequência de um diagnóstico errado ou de um comportamento “defensivo” da medicina” (2019, p. 1033). Neste sentido é necessária uma vigilância mais rigorosa, no sentido de não desvalorizar as queixas do doente, uma vez que “a pessoa que vive uma situação sente-a de maneira diferente da que é chamada a intervir por via profissional” (Collière, 1999, p. 303), mas saber encaminhar para o local mais adequado à resolução da sua situação. O atendimento de doentes não urgentes no serviço de urgência sempre foi motivo de sobrecarga e obstrução dos serviços conduzindo a tempos de espera mais longos e a atrasos na prestação de cuidados. Botelho et al. (2019), consideram que cerca de um terço das ocorrências relacionadas com doenças poderia ter sido tratado ou aconselhado noutra local. Segundo Di Somma et al. (2015), a sobrelotação nos serviços de urgência tem vindo a tornar-se um problema de saúde pública cada vez mais significativo a nível mundial, e deve-se, sobretudo, a uma crescente procura dos cuidados de saúde em simultâneo com um *déficit* das vagas de urgência e das camas disponíveis a nível hospitalar. Nesta fase de pandemia onde os SU estão particularmente sobrecarregados, foi elaborada uma circular normativa que permite ao enfermeiro da triagem, encaminhar doentes não urgentes para os Cuidados de Saúde Primários, sem serem observados. Este era um motivo de desconforto e discórdia por parte dos doentes, chegando a haver alguns conflitos e discussão por não aceitarem esta decisão, o que mais uma vez, demonstra a importância das competências relacionais e comunicacionais da enfermeira da triagem para resolver estes conflitos. Também nesta situação a capacidade de tomada de decisão é fundamental. Apesar de existir indicação para reencaminhamento destes doentes, os Cuidados de Saúde Primários também não estão preparados para este aumento de afluxo de doentes, assim como, as normas emanadas nem sempre são interpretadas da mesma forma por todos os leitores, pelo que surgiam situações em que o doente já se tinha deslocado mais que uma vez entre o Serviço de Urgência e os Cuidados de Saúde Primários, sem nunca ser observado. Nestas ocasiões era importante chegar a um acordo, e muitas vezes, e dependendo do motivo que os tinha conduzido a um Serviço de Urgência, tinha que ser resolvida a sua situação, **fomentando planos que favorecem os processos de adaptação** e demonstrando mais uma vez a capacidade de decisão, bem como a responsabilidade e autonomia do enfermeiro que realiza a triagem, **construindo estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente.**

Em oposição a este comportamento, existem os doentes resilientes que em situação grave desvalorizam a sua situação, e chegam a pedir desculpa por estarem a incomodar ou a sobrecarregar o serviço de urgência nesta fase de sobrelotação. É nestas situações que o enfermeiro deve utilizar os seus conhecimentos e a sua experiência para reconhecer a complexidade da situação e adequar estratégias que permitam o encaminhamento adequado para a resolução do problema, uma vez que “não são os doentes cujo estado crítico é visível que constituem o maior desafio para os enfermeiros de triagem” (Sheehy, 2011, p. 120). Num dos períodos que permaneci na triagem tive a oportunidade de assistir a uma situação que, pela experiência, perspicácia e conhecimentos da enfermeira, foi possível fazer uma avaliação que permitiu reconhecer uma situação complexa e agir de forma antecipatória, o que provou a importância do enfermeiro da triagem. Um doente, sexo masculino, 60 anos de idade, recorreu ao serviço de urgência pela 3ª vez nos últimos cinco dias, com queixas de dor, de localização um pouco inespecífica. Nos episódios anteriores foi-lhe diagnosticada uma dor muscular, medicado e enviado para o domicílio para recuperação. A enfermeira, apesar de o algoritmo a conduzir para uma prioridade baixa (pulseira cor verde), **reconhecendo a complexidade da situação que estava a ser vivenciada**, aprofundou a sua colheita de dados e prescreveu a realização de um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações. De acordo com o Despacho nº1057/2015, em contexto de triagem podem ser aplicados protocolos, “tal como a requisição de exames complementares de diagnóstico, com vista (...) a dotar o médico que realiza a primeira observação de mais elementos que o ajudem a decidir sobre a próxima intervenção (Ministério da Saúde, 2015). Foi diagnosticado um Enfarte Agudo do Miocárdio, encaminhado imediatamente para a sala de reanimação onde foi administrada terapêutica e pouco tempo depois seguiu para a sala de hemodinâmica onde foi submetido a um cateterismo cardíaco. Ao ter oportunidade de acompanhar este doente em todo o seu percurso, apercebi-me da importância do enfermeiro especialista, detentor de conhecimentos, mas também de capacidade crítica e de tomada de decisão, o que permite **adequar os recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da patologia.**

Assim, durante o meu período de permanência na sala de triagem tive oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora, participando no atendimento do doente que recorre ao serviço de urgência, observar e refletir de forma crítica sobre todas as situações e **estabelecendo uma relação terapêutica adequada com a pessoa e com a família,**

sempre que esta estava presente. Encaminhei o doente para uma determinada área de atendimento, de acordo com a prioridade atribuída, procedendo a re-triagem sempre que necessário e agi em articulação com a restante equipa multidisciplinar, em complementaridade de funções, assegurando rapidez e efetividade nos cuidados.

A sala de triagem é uma área que exige um nível superior de conhecimentos por parte do enfermeiro, que deve “possuir um vasto leque de técnicas e conhecimentos altamente especializados para fazer face aos desafios que surgem na prestação de cuidados ao doente” (Sheehy, 2011, p. 16). Deve ainda reunir características pessoais como ser organizado, atento, observador, com capacidade de reconhecer sinais de instabilidade que conduzam a alterações do estado do doente, podendo assim antecipar ações que evitem complicações, bem como ser um bom gestor de conflitos, utilizando a capacidade de envolver os doentes na tomada de decisão. Vários estudos indicam que os enfermeiros são os profissionais ideais para a realização de triagem, por se focarem nos sinais e sintomas e não nos diagnósticos e pela capacidade de estabelecer uma relação empática com os doentes, minimizando assim sentimentos como a ansiedade, agressividade ou a impaciência (Duro & Lima, 2010).

Sendo um dos objetivos deste estágio **desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica e família em contexto de Serviço de Urgência**, o meu desempenho incidiu principalmente na prestação de cuidados a doentes em situação crítica, na sala de reanimação, onde foi possível seguir uma abordagem ABCDE (A – Airway, B – Breathing, C – Circulation, D – Disability e E - Exposure) que consiste numa forma de sistematizar os cuidados ao doente crítico e “permite aos profissionais de saúde identificar e responder a condições de risco de vida, por ordem de prioridade” (Smith & Bowden, 2017). A rapidez de atuação é facilitada pela existência das Vias Verdes (AVC, Coronária e Sépsis), que permitem dar resposta imediata ao atendimento dos doentes com estas patologias, e assim acelerar o diagnóstico e o tratamento, melhorando os resultados obtidos. As Vias Verdes são Sistemas de Resposta Rápida, cujo processo de encaminhamento “deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, devendo os sistemas hospitalar e pré-hospitalar garantir a continuidade e a integração de cuidados” (Ministério da Saúde, 2014). Durante o estágio tive oportunidade de comprovar a importância deste método de trabalho na melhoria da acessibilidade dos doentes, tendo um acesso mais rápido a cuidados de diagnóstico e tratamento, conduzindo a ganhos na prevenção da mortalidade e morbidade. Nesta área

tive oportunidade de **desenvolver a minha atividade prestando cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade**. Prestei cuidados a doentes com instabilidade hemodinâmica, falência respiratória e cardíaca, desenvolvendo a capacidade de reagir em situações imprevistas e complexas bem como a capacidade de reflexão. Apesar de uma primeira abordagem consistir na execução de atitudes técnicas como a monitorização, punção venosa e colheita de produtos para análise, administração de terapêutica, que pode parecer familiar para a minha experiência profissional, a verdade é que as funções são dificultadas pela celeridade que a situação exige, bem como pela necessidade de estabelecer prioridades. Sendo um contexto onde nunca tinha desenvolvido a minha atividade profissional, o início foi algo confuso, o que obrigou a algum tempo de observação e realização de alguns cuidados. “A enfermagem de urgência é um misto complexo de capacidades, experiências, saber e personalidade” (Sheehy, 2011, p. 25), o que exige tempo de adaptação. No entanto, a vontade inata de querer ajudar e participar, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e consequentemente para a obtenção de resultados positivos, fez com que rapidamente começasse a intervir ativamente na prestação de cuidados, adquirindo competências na área da **prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade**. Durante este período existiram situações mais marcantes, tanto em termos de aprendizagem como de controlo de emoções. Destaco um caso que ocorreu no meu segundo dia de estágio, em que uma doente (56 anos) deu entrada diretamente na sala de reanimação encaminhada pela via Verde Coronária, com o diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em evolução. Submetida a avaliação ABCDE, após administração de terapêutica, a doente encontrava-se monitorizada, aparentemente estável, a aguardar realização de Exames Complementares de Diagnóstico para decisão do procedimento seguinte. A conversar connosco, sem nada o fazer prever, entrou em paragem cardiorrespiratória, iniciaram-se imediatamente manobras de Suporte Avançado de Vida, tendo recuperado a consciência, foi transferida para a sala de hemodinâmica. Este foi um momento de grande tensão que demonstrou a necessidade do trabalho em equipa e que me permitiu **demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida** e contribuiu para o desenvolvimento de competências no âmbito da **atuação sob pressão, atuando rápida e eficazmente**.

O fato de o SU ser um serviço com grande afluência de doentes em situação grave e com necessidade de abordagem complexa, exige dos enfermeiros capacidade de resiliência nos casos em que a irreversibilidade da situação, leva a desfechos menos agradáveis. O caso de

uma senhora idosa, residente em lar, que foi conduzida ao serviço de urgência por prostração. Após ser avaliada verificou-se um agravamento acentuado da sua patologia. Com valores analíticos praticamente incompatíveis com a vida, ainda se iniciaram procedimentos no sentido de reverter o quadro clínico. No entanto, após reunião da equipa multidisciplinar do serviço de urgência com a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos, foi contactada a família, e em conjunto foi tomada a decisão de não iniciar medidas invasivas, uma vez que seriam causadoras de mais sofrimento e não iriam alterar a sua condição. Assim, após **participar na construção da tomada de decisão em equipa**, proporcionei momentos de privacidade à doente e família, respeitando a sua dor e sofrimento e mantendo a dignidade da doente na hora da morte. Para Cortina, citada por Nunes et al., morrer com dignidade é “morrer em paz, morrer com os outros, morrer em companhia, morrer com aqueles a quem queremos e que nos querem. Não morrer só” (2005, p. 127). Outra senhora de 71 anos, deu entrada na sala de reanimação após ser encontrada em casa, inconsciente e não reativa a estímulos. À chegada apresentava score 3 e midríase fixa. Após avaliação cuidada, e realização de exames complementares de diagnóstico que diagnosticaram Acidente Vascular Cerebral hemorrágico extenso, foi confirmada a irreversibilidade do estado clínico. Contactadas as filhas, ambas enfermeiras, a doente foi encaminhada para uma sala onde tiveram a oportunidade de se despedir de forma digna. Neste caso, a primeira filha a chegar não quis ficar sozinha com a mãe, preferiu a nossa companhia, e foi contando várias histórias passadas com a mãe que mostravam o grande amor que as unia. Em silêncio ouvimos, demonstrando assim uma outra forma de cuidar, dando oportunidade de se exprimir e demonstrando disponibilidade para ouvir e compreender (Hesbeen, 2001).

As situações de reanimação Covid foram as mais marcantes. São doentes que entram conscientes, colaborantes, aparentemente estáveis, mas que a análise cuidada dos resultados dos exames complementares de diagnóstico nos demonstra a gravidade da situação, deixando-nos conscientes que, a qualquer momento a sua situação pode-se alterar. Foram situações que me permitiram desenvolver a capacidade de **reconhecer as necessidades de intervenções especializadas, responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade e prevenir complicações reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa e família.**

Apesar da minha área de atuação se direcionar essencialmente para a vertente do doente crítico, desempenhei funções nas diferentes áreas de atuação do serviço de urgência, o que facilitou a contextualização e a adequação dos cuidados a cada área específica.

No balcão de atendimento, são atendidos os doentes não prioritários onde o principal motivo é a presença de dor. “A dor é a queixa que mais frequentemente leva as pessoas a procurar cuidados médicos na urgência” (Sheehy, 2011, p. 191). Reporto uma situação particularmente difícil, que recorro com alguma tristeza. O L., jovem de 18 anos, toxicodependente, na noite anterior tinha consumido álcool e drogas e deu entrada com dores intensas e alterações gastrintestinais. Pouco colaborante foi conduzido à sala de atendimento numa cadeira de rodas onde se conseguiu posicionar em posição fetal, não permitindo qualquer acesso, nem verbal. Apesar da proibição de familiares houve um senhor, que pensávamos ser pai, que insistiu em entrar apenas para avisar que o L. tinha medo de picadas e por vezes reagia de forma menos correta, agradecemos e foi convidado a sair. Conversei com o L., expliquei o que ia fazer e qual a finalidade, tentando **estabelecer uma relação terapêutica eficaz envolvendo-o no processo de cuidar**, manteve a posição e mostrou-se pouco recetivo, não queria colaborar nos cuidados. Insisti, coloquei o garrote e na altura da punção, ficou violento, gritou, e ao fugir com o braço, acabou por agredir-me. O colega que me acompanhava ficou irritado, disse não permitir esse tipo de comportamento e conduziu-o para fora do Serviço de Urgência. Foi constrangedor, mas principalmente, senti que não tinha feito o suficiente. Podia ter conversado mais com ele antes de intervir, o processo de cuidar exige tempo, exige o estabelecimento de uma relação...Fui aconselhada a avançar, a “não dar muita conversa”, o que confirma a opinião de Watson quando refere que “a apresentação do enfermeiro como uma pessoa numa relação transpessoal com o utente, pode entrar em conflito com a imagem tradicional do profissional de enfermagem (...) sendo o envolvimento pessoal considerado como não profissional” (Watson, 2002, p. 113). Deixei-me levar pela urgência que nos é inculcada neste serviço, pelo tempo, sempre o tempo...confirmando a opinião de Rabiais quando refere que atualmente ainda se “destaca um determinismo tecnicista em que são priorizados timings e execução de técnicas, em detrimento de aspetos como a relação interpessoal e a gestão das emoções” (2016, p. 171). Soube mais tarde que o L. foi entregue ao senhor que o acompanhava a quem foi dito que recusou o tratamento. E não, não era o pai, era o padre de uma instituição que dá apoio a este tipo de jovens. O L. não precisava de ser colocado na rua, não precisava de mais um empurrão, não sabemos

quantos já levou na vida. Tive oportunidade de conversar com o colega da urgência, referi o meu descontentamento e a minha sensação de impotência. Referiu não podermos ceder a estas situações, “não podemos permitir que apesar de todo o trabalho ainda nos agridam”. Referiu ainda não permitir este tipo de comportamento nesta idade, apenas permite excessos em crianças. Só consegui dizer que talvez ele não tivesse sido criança, e talvez só precisasse de um mimo, mais do que da analgesia que íamos administrar...Espero que estejas bem L. e que encontres o teu caminho.

Na área de observação clínica a sobrelotação é evidente, o que dificulta a prestação de cuidados e, facilmente se adota uma rotina de simples desempenho de tarefas. É um local onde é necessária especial atenção à instabilidade hemodinâmica, avaliada por sinais externos, uma vez que não há monitorização. Prestei cuidados com a qualidade possível nestas condições nunca esquecendo um carinho, um toque ou um simples olhar. Vivemos uma situação particularmente difícil na área da saúde onde o excesso de trabalho conduz à realização de tarefas de forma automática e onde “o conceito da função de cuidar do enfermeiro está ameaçado pela tecnologia, máquinas, tarefas administrativas e manipulação de pessoas para irem de encontro às necessidades dos sistemas” (Watson, 2002, p. 54). Acredito que para os enfermeiros que trabalham nestes contextos é fácil enveredar por este caminho que permite uma maior rapidez na execução e acaba por protegê-los em relação à Instituição, na medida em que desempenham as inúmeras tarefas. No entanto foi com satisfação que percebi que há ainda quem resista e mantenha o cuidado na humanização de cuidados, sabendo que uns segundos “perdidos” à conversa no meio de um sem número de tarefas, podem trazer, afinal, um ganho enorme para a Pessoa. Nesta fase de isolamento e confinamento em que nos encontramos, verifiquei a deslocação de doentes, principalmente idosos, ao Serviço de Urgência, por situações de menor gravidade, a precisar apenas de uma conversa ou de uma mão amiga. Tive a preocupação de dedicar especial atenção a estas pessoas, a quem a pandemia agravou o isolamento onde já estavam embrenhados, demonstrando que cuidar é “dispensar uma atenção particular à pessoa a quem as intervenções se dirigem” (Hesbeen, 2000, p. 37). Ainda no contexto do idoso, recordo uma situação detetada na triagem, onde um idoso, proveniente de um lar e acompanhado pelos bombeiros apresentava várias escoriações, que, à nossa observação, poderiam ser compatíveis com maus tratos, apesar de o motivo do seu encaminhamento ao SU ser outro. Em conversa informal com o doente, percebemos que havia pouco cuidado nas mobilizações bem como algum grau de agressividade nos cuidados prestados.

Reconhecendo irregularidades, procedemos de imediato à sua identificação, **sendo encaminhado para as entidades competentes, assumindo assim a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional.**

Durante todo o percurso tive a preocupação de nunca descurar a vertente relacional. Num Serviço de Urgência, pela grande afluência de doentes, a gravidade das patologias e a imprevisibilidade das situações, pode haver tendência à mecanicidade, focando a atenção na resolução do episódio e descurando a relação que deve ser estabelecida com cada um dos doentes e família. Percebi que, por vezes é necessário apelar ao desenvolvimento destas competências, principalmente aos enfermeiros que têm vários anos de serviço de urgência. Em contexto de urgência, as competências técnicas e científicas são de extrema importância, no entanto, o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, com o intuito de estabelecer uma relação terapêutica com o doente é também fundamental, principalmente numa fase em que a família está ausente não podendo prestar o apoio tão desejado. Assim, tive o cuidado de **estabelecer uma relação terapêutica adequada com a pessoa cuidada, recorrendo a técnicas de comunicação adaptadas ao contexto, envolvendo-a nos cuidados e valorizando o seu potencial na vivência do processo de transição saúde-doença.**

Esta preocupação com o Outro tem maior destaque quanto maior é o grau de vulnerabilidade do doente. As pessoas em situação de fragilidade social tocaram-me de forma especial. Vários dias e às vezes semanas a aguardar resolução, permanecem na área de observação clínica por tempo indeterminado. A maioria eram idosos, frágeis e vulneráveis, abandonados após longos anos de árduo trabalho, cujas famílias recusam acolhê-los. Houve ainda outro caso que me sensibilizou particularmente. O P., jovem de 36 anos, teve um problema que resultou na expulsão da casa de acolhimento onde residia. A vaguear nas ruas foi conduzido ao SU, onde permaneceu durante todo o tempo que decorreu o meu estágio. Sentado dia após dia num cadeirão, ali continuou acompanhado por dois sacos plásticos onde cabiam todos os seus pertences. É nestas situações que a verdadeira essência do “cuidar” faz sentido, já que “cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana...” (Watson, 2002, p. 65)

Em contexto de urgência, os cuidados com o controlo de infeção são muitas vezes relevados para segundo plano. A urgência na atuação e o risco de vida que por vezes os doentes correm fazem com que as medidas de controlo de infeção não sejam uma

prioridade. No entanto, assisti a situações em que poderiam ter sido tomadas outras precauções, situação que tive o cuidado de discutir com a enfermeira orientadora.

Todo o nosso desempenho é registado através de um sistema informático, a plataforma ALERT[®]. Este sistema permite realizar o registo de todas as nossas intervenções, permitindo uma uniformização dos registos bem como a identificação do profissional que as executou. Esta informação fica imediatamente disponível para consulta por outros profissionais de saúde. De acordo com a Norma N°001/2017, “uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma (...)” (DGS, 2017, p. 6). Os registos de enfermagem são uma forma de assegurar a continuidade de cuidados, transmitindo informação pertinente e “assegurando um trabalho contínuo, com recurso à informação recolhida nos turnos anteriores” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

A passagem de turno “é considerada como uma das mais importantes práticas em saúde, sendo também a que detém maior potencial para conduzir ao compromisso da segurança do cliente” (Sousa, Meneses, Alves, Machado, & al., 2019). Tal como já foi referido anteriormente, esta é realizada por setores, junto a cada área de prestação de serviços. Se por um lado pode trazer vantagens por estar a visualizar cada um dos doentes a quem nos estamos a referir, por outro, tem a desvantagem das várias interrupções a que podemos estar sujeitos, levando à ocorrência de erros ou esquecimentos, além de colocar sérios problemas de confidencialidade e privacidade. Neste caso devemos selecionar a informação que pode ser transmitida na presença dos doentes, podendo esta ser posteriormente complementada. Esta situação é confirmada pelo PARECER CJ – 20/2001, que refere que “a passagem de turno pode ser realizada num ou em vários espaços, de acordo com as características de cada contexto de trabalho, podendo a informação veiculada em presença do doente em enfermaria ser complementada em espaço de trabalho específico dos enfermeiros” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

Em relação ao objetivo **“Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à Pessoa em Situação Crítica vítima de Traumatismo Cranioencefálico e sua família no âmbito da neuroproteção”**, durante o estágio não foi admitido nenhum doente vítima de Traumatismo Cranioencefálico grave. No entanto, prestei cuidados a vários doentes com TCE ligeiro, priorizando a estabilidade hemodinâmica e mantendo uma vigilância atenta no sentido de identificar alteração do seu estado neurológico. Quando as vítimas de Traumatismo Cranioencefálico são

encaminhadas para o Serviço de Urgência, é-lhes prestada assistência imediata, por profissionais especializados, apoiados por exames complementares de diagnóstico. Nesta primeira fase é fundamental manter a estabilidade hemodinâmica e implementar mediadas neuroprotetoras que evitem a ocorrência de lesões secundárias que vão exacerbar a lesão inicial e contribuir para um pior prognóstico com aumento da morbidade e mortalidade. A intervenção especializada da enfermagem com monitorização adequada e identificação precoce de focos de instabilidade contribui para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para uma melhoria dos resultados obtidos.

Num serviço onde não tinha qualquer tipo de experiência, considero que a minha evolução foi bastante positiva, não só pela minha atitude e vontade de reter todos os momentos de aprendizagem, como também pelo excelente acompanhamento e disponibilidade por parte da enfermeira orientadora e restante equipa.

4. CONCLUSÃO

“Cuidar exige aceitar o risco do desconhecido que só a confiança supera. Exige confiar nas minhas capacidades para cuidar do outro, no meu juízo para avaliar as suas necessidades e nos meus erros, na possibilidade de crescimento.”

Vieira

A elaboração deste relatório constituiu uma etapa importante no meu percurso académico e profissional, permitindo aprofundar conhecimentos sobre as competências do enfermeiro especialista e contribuindo para o desenvolvimento do pensamento crítico que conduziu ao crescimento pessoal e profissional.

A evolução tecnológica associada ao aumento da literacia em saúde exige dos enfermeiros um alto nível de formação, com prestação de cuidados diferenciados, pelo que a aprendizagem na área de enfermagem deve ser contínua. Assim, enquanto futura enfermeira especialista e mestre, procuro a melhoria contínua dos cuidados prestados, baseada na mais recente evidência, como forma de dar resposta à crescente complexidade dos cuidados, bem como às solicitações dos doentes cada vez mais informados.

Ao longo dos estágios a prática reflexiva foi fundamental no sentido de conjugar as vivências diárias e aprendizagens adquiridas com a evidência disponível. Também a aquisição de conhecimentos teóricos, quer adquiridos a nível académico, quer através de pesquisa científica, associada à sua aplicação em contexto de prática clínica foram, sem dúvida, uma força impulsionadora para o desenvolvimento de competências especializadas, que muito vão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O Bloco Operatório onde desempenho funções há quase 24 anos, tem sido um ambiente muito enriquecedor no que diz respeito ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Contactar diariamente com doentes em situação crítica, em condições de

vulnerabilidade extrema, num contexto em que a alta tecnologia nos obriga a um esforço acrescido para manter presente a essência do cuidar, tem sido um desafio.

A Unidade de Cuidados Intensivos proporcionou o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado ao doente crítico, assumindo especial relevância por acolher os doentes submetidos a cirurgia no bloco operatório onde desempenha funções. Assim, foi de especial interesse, uma vez que permite a continuidade de cuidados, possibilitando o acompanhamento dos doentes desde o período pré-operatório até à sua recuperação.

O Serviço de Urgência foi motivador e absorvente, implicando uma grande dedicação e entrega. Um percurso construído com pequenos passos, foi um desafio interessante, vivido com intensidade e vontade de crescer pessoal e profissionalmente. Trouxe como principal ensinamento, para a profissão e para a vida, o espírito de equipa e camaradagem que lá se vive, bem como a elevada competência técnica e capacidade de trabalhar em condições de exigência extrema.

A realização da Scoping Review sobre “Medidas de neuroproteção utilizadas no doente adulto vítima de Traumatismo Cranioencefálico” com o objetivo de mapear evidência, contribuiu não só para o enriquecimento pessoal mas também para aumentar o nível de conhecimento acerca do tema, permitindo melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes vítimas de Traumatismo Cranioencefálico e, através de intervenções especializadas minimizar o risco de ocorrência de lesões secundárias, melhorando assim os resultados obtidos.

Foi uma caminhada repleta de altos e baixos. Uma das principais dificuldades foi a gestão da vida pessoal, académica e profissional. Sendo família monoparental, a sobrecarga horária durante vários meses exigiu um esforço acrescido para manter o apoio ao “pequeno”, que se tornou grande, entretanto, quase sem perceber. A situação de pandemia que vivemos, condicionou várias situações em contexto de prática clínica, limitando formações e interação com os pares. Redigir este relatório também não foi uma tarefa fácil, agravada pela necessidade de uma capacidade de síntese exímia para selecionar tão pouco, de tanto que vivi e aprendi. Há vários anos afastada da vida académica, é necessário entrar novamente numa rotina para responder aos constantes desafios. Mas o trajeto não foi só pautado por dificuldades, também houve fatores facilitadores, o principal dos quais foi o apoio incondicional das enfermeiras orientadoras, bem como da professora tutora. Sem o

seu apoio não teria sido possível. Também a disponibilidade e partilha por parte de todas as equipas com quem me cruzei foram cruciais para levar este desafio até ao fim.

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

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau. ISBN 978-972-8485-87-0.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações Técnicas para serviços de Urgências Obtido de www.acss.min-saude.pt: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urgências_%20final.pdf
- Alarcão, Isabel, & Rua, Marília. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373-382. doi:10.1590/S0104-07072005000300008
- Alsharari, A. (2019). The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Prefer Adherence*, 13, pp. 465-473. doi: 10.2147/PPA.S197769.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Bergman, K., Beekmans, V., & Stromswold, J. (2015). Considerations for Neuroprotection in the Traumatic Brain Injury Population. *Critical Care Nursing Clinics*, 27, pp. 225-233. doi: 10.1016/j.cnc.2015.02.009
- Bloomer, M., & Al-Mutair, A. (2013). Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU: Considerations for care. *Australian Critical Care*, 26 (4), pp. 193-196. doi: 10.1016/j.aucc.2013.04.003.
- Botelho, A., Dias, I., Fernandes, T., Pinto, L., Teixeira, J., Valente, M., & Veiga, P. (2019). Overestimation of health urgency as a cause for emergency services inappropriate use: Insights from an exploratory economics experiment in Portugal. *Health and Social Care in the community*, pp. 1031-1041. doi:10.1111/hsc.12720
- Brain Trauma Foundation. (sd). What is traumatic brain injury? Obtido de www.braintrauma.org. <https://www.braintrauma.org/faq>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Surveillance Report of Traumatic Brain Injury-related Hospitalizations and Deaths by Age Group, Sex, and Mechanism of Injury—United States, 2016 and 2017*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services.

- Chakraborty, S., Skolnick, B., & Narayan, R. (2016). Neuroprotection Trials in Traumatic Brain Injury. *16*. doi: 10.1007/s11910-016-0625-x
- Chen, J., & Shi, R. (2014). Current advances in neurotrauma research: diagnosis, neuroprotection and neurorepair. *Neural Regeneration Research*, pp. 1093-1095. doi: 10.4103/1673-5374.135306.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (3ª edição). (M. L. Abecasis, Trad.) Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3
- Corrigan, J., Harrison-Felix, C., & Haarbauer-Krupa, J. (2019). Epidemiology of Traumatic Brain Injury. In J. e. Silver, *Textbook of Traumatic Brain Injury* (pp. 3-24). Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., L.Alves, Santos, R., . . . Andrade, V. (2010). Atitudes do Enfermeiro em Contexto de Ensino Clínico: uma Revisão de Literatura. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, n°38, pp. 271-282. <http://hdl.handle.net/10400.19/308>.
- Danski, M., Oliveira, G., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16 (2), pp. 1-6. doi:10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.36304
- Deng, Z., Chen, W., Jin, J., Zhao, J., & Xu, H. (2018). The neuroprotection effect of oxygen therapy: a systematic review and meta-analysis. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, pp. 401-416. doi: 10.4103/njcp.njcp_315_16.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina. ISBN: 9789724034010.
- Deodato, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Tese de Doutoramento, Lisboa.
- DGS. (2015). *Norma n° 018/2014 de 09/12/2014 atualizada a 27/04/2015, Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus (MRSA)*. Obtido de www.dgs.pt: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- DGS. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Obtido de www.dgs.pt: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- DGS. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Obtido de www.dgs.pt: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

- Di Somma, S., Paladino, L., Vaughan, L., Lalle, I., Magrini, L., & Magnanti, M. (2015). Overcrowding in emergency department: an international issue. *Intern Emerg Med*, pp. 171-175. doi: 10.1007/s11739-014-1154-8.
- Diário da República. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de DRE, 1ª série nº 181, Lei nº156/2015: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Dias, C., Rocha, J., Pereira, E., & Cerejo, A. (2014). Traumatic Brain Injury in Portugal: Trends in Hospital admissions from 2000 to 2010. *Acta Médica Portuguesa/Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 27, pp. 349-356. Obtido de www.actamedicaportuguesa.com.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos, Recomendações para o seu desenvolvimento*. Obtido de www.dgs.pt.
- Duro, C., & Lima, M. A. (2010). O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura. *Brazilian Journal of Nursing*, 9. Obtido de <http://hdl.handle.net/10183/104461>
- Estrada Rojo, F., Gómez, J., Ramón, E., Luna, B., Arg~uelles, H., Vargas, M., . . . Navarro, L. (2012). Neuroprotección y traumatismo craneoencefálico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 55, pp. 16-29. Obtido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000400004&lng=es&tlng=es
- European Society of Intensive Care Medicine. (sd). *What is intensive care?* Obtido de European Society of Intensive Care Medicine: <https://www.esicm.org>
- Figueiredo, A., Madureira, M., & Lourenço, M. (2019). Universidade Católica Portuguesa. *Guia da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório", Mestrado em Enfermagem*. Lisboa.
- Fleury, M. T., & Fleury, A. (2001). *Construindo o Conceito de Competência*. Obtido de www.scielo.br: <https://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
- Fradique, M. d., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Referência - Revista de Enfermagem*, III (10), pp. 45-53. doi:10.12707/RIII12133
- Gaeni, M., Farahani, M., Seyedfatemi, N., & Mohammadi, N. (2014). Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. *Global Journal of Health Science*, 7 (2), pp. 8-19. doi: 10.5539/gjhs.v7n2p8
- Gibson, A., & Andrews, P. (2016). Management of traumatic brain injury. In A. Webb, D. Angus, S. Finfer, L. Gattinoni, & M. Singer, *Oxford Textbook of Critical Care*(pp1635-1641).Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199600830.001.0001

- Grupo Português de Triagem. (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*. Obtido de www.grupoportuguestriagem.pt: <http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php>
- Hanssen, I., Jacobsen, I., & Skramm, S. (2020). Non-technical skills in operating room nursing: Ethical aspects. *Nursing ethics*, 27, pp. 1364-1372. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32347187/>
- Herazo, D., Maza, M., Pájaro, L., & Hernandez, A. (2018). Neuroprotección farmacológica en neurotrauma / Pharmacological neuroprotection in traumatic brain injury. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 17, pp. 46-52. Obtido de <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/549>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN 9789728383114.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-20-6.
- Hinson, J., Martinez, D., Cabral, S., George, K., Whalen, M., Hansoti, B., & Levin, S. (2019). Triage Performance in Emergency Medicine: A Systematic Review. *Annals of Emergency Medicine*, pp. 140-152. doi: 10.1016/j.annemergmed.2018.09.022.
- Hunt, K., & Bose, G. (2017). Clinical neuroprotection and secondary neuronal injury mechanisms. *Neurosurgical Anaesthesia*, pp. 239-243.
- Joseph, B., Haider, A., & Rhee, P. (2015). Traumatic Brain Injury advancements. *Current Opinion Critical Care*, 21, pp. 506-511. doi: 10.1097/MCC.0000000000000247.
- Kennedy, B., Curtis, K., & Waters, D. (Nov de 2014). The personality of emergency nurses: Is it unique? *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17, pp. 139-145. doi: 10.1016/j.aenj.2014.07.002
- Khellaf, A., Khan, D., & Helmy, A. (2019). Recent advances in traumatic brain injury. *Journal of Neurology*, pp. 2878-2889. doi: 10.1007/s00415-019-09541-4.
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. *Pessoal*, pp. 60-63. Obtido de <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Maas, A., Menon, D., Adelson, P. D., Andelic, N., Bell, M., & Belli, A. e. (2017). Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology Commission*, 16, pp. 987-1048. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30371-X.
- McNett, M., Doheny, M., Sedlak, C., & Ludwick, R. (2010). Judgments of critical care nurses about risk for secondary brain injury. *American Journal of Critical Care*, 19, pp. 250-260. doi: 10.4037/ajcc2009293.

- Meleis, A. (1997). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (Third Edition). New York: Lippincott.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6
- Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Veras, J., & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 55-63. doi:10.12707/RIII1316
- Ministério da Saúde. (2014). Obtido de Despacho nº10319/2014: <https://dre.pt/application/file/a/55606657>
- Ministério da Saúde. (2015). *Diário da república Eletrónico (DRE) nº22/2015, Série II*. Obtido de Despacho nº1057/2015: <http://www.dre.pt>
- Muralidharan, R., & Kofke, W. (2016). Applied neuropathophysiology and neuropharmacology. In M. Smith, G. Citerio, & W. Kofke, *Oxford Textbook of Neurocritical Care* (pp. 9-26). Oxford: Oxford University Press.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Obtido de www.ordemdosenfermeiros.pt: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Diário da República, 2.ª série — N.º 135 Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (...)*. Obtido de www.ordemdosenfermeiros.pt: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *PARECER N.º 15 / 2018*. Obtido de www.ordemdosenfermeiros.com: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *www.ordemdosenfermeiros.pt*. Obtido de Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República, 2ª série - nº26, Regulamento nº140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.

Obtido de [www.ordemdosenfermeiros.pt:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf](http://www.ordemdosenfermeiros.pt:https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf)

Pires, A., Santos, B., Santos, P., Brasil, V., & Luna, A. (2015). Transporte seguro de pacientes críticos. *Revista Rede de Cuidados em Saúde* v.9, n°2, pp. 1-4. Obtido de <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2531/1313>

Rabiais, I. (2016). *A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado. A natureza da interação no processo de cuidar*. Lisboa: Novas Edições Académicas. ISBN 978-3330744882

Rabiais, I. (2020). *Enfermagem e o doente crítico. (Apontamentos do 13º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica)*. Lisboa.

Saldaña, A., Marcela, D., Colmenares, R., Mónica, S., Beltrán, A., & Fernanda, L. (2014). El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16, pp. 49-59. Obtido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145231426004>

Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva*. Obtido de Web site de SNS: <http://www.sns.gov.pt>

Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. Lusociência. ISBN-10 : 9728930631

Slatore, C., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M., Chesnutt, M., & Mularski, R. (2012). Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative Analysis of Domains of Patient-Centered Care. *American Journal of Critical Care*, 21, pp. 410-418. doi: 10.4037/ajcc2012124

Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32, pp. 51-63. doi: 10.7748/ns.2017.e11030

Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., & al., e. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 151-158. doi:10.12707/RIV19014

Souza, V., & Corgozinho, M. (2016). A enfermagem na avaliação e controle da dor pós-operatória. *Revista Científica Sena Aires*, 5, pp. 70-78. Obtido de <http://revistafacesa.senaaires.com.br>

Stocchetti, N., Taccone, F., Citerio, G., Le Roux, P., Oddo, M., Polderman, K., & Stevens, R. e. (2015). Neuroprotection in acute brain injury: an up-to-date review. *Critical Care*, 19. doi: 10.1186/s13054-015-0887-8

Swinny, B. (2010). Assessing and developing critical - thinking skills in the intensive care unit. *Crit care Nurs Q.*, pp. 2-9. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181c8e064

- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (A. R. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6
- Tyrie, L., & Mosenthal, A. (2012). Care of the family in the surgical intensive care unit. *Anesthesiology clinics*, 30 (1), pp. 37-46. doi:10.1016/j.anclin.2011.11.003.
- Valentin, A., & Ferdinande, P. &. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Med* 37, pp. 1575-1587. doi:10.1007/s00134-011-2300-7
- Varghese, R., Chakrabarty, J., & Menon, G. (2017). Nursing Management of Adults with Severe Traumatic Brain Injury: A Narrative Review. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, pp. 684-697. doi:10.4103/ijccm.IJCCM_233_17
- Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência* (3ª Edição). Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 9789725405659
- Vincent, J.-L., Shehabi, Y., Walsh, T., Pandharipande, P., Ball, J., Spronk, P., . . . Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCash concept. *Intensive Care Medicine*, 42, pp. 962-971. doi:10.1007/s00134-016-4297-4
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. (J. Enes, Trad.) Loures: Lusociência.
- Weston, N., & Sun, D. (2018). The Potential of Stem Cells in Treatment of Traumatic Brain Injury. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 18 (1). doi: 10.1007/s11910-018-0812-z.
- World Health Organization. (2006). *Neurological Disorders: public health challenges*. Geneva: WHO Press.
- Zadeh, R., Shepley, M., Williams, G., & Chung, S. (2014). The Impact of Windows and Daylight on Acute-Care Nurses' Physiological, Psychological, and Behavioral Health. *Herd-Health Environments Research & Design Journal*, 7, pp. 35-61. doi: 10.1177/193758671400700405
- Zoerle, T., Carbonara, M., Zanier, E., Ortolano, F., Bertani, G., Magnoni, S., & Stocchetti, N. (2017). *Rethinking Neuroprotection in Severe Traumatic Brain Injury: Toward Bedside Neuroprotection*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5523726/>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Poster submetido ao tema: Medidas de Neuroproteção utilizadas no Tratamento do Doente Adulto Vítima de Traumatismo Cranioencefálico: uma Scoping Review

Medidas de neuroproteção utilizadas no tratamento do doente adulto vítima de traumatismo cranioencefálico: uma Scoping Review



Carla Benites¹, Isabel Rabiáis²

INTRODUÇÃO

O Traumatismo Cranioencefálico constitui um grave problema de saúde pública a nível global. A sua incidência anual é estimada em 50 milhões de casos em todo o mundo (Khellaf et al, 2019). Apesar da melhoria da taxa de sobrevivência, existem fragilidades nas medidas de proteção e tratamento para recuperação funcional do cérebro após traumatismo (Weston & Sun, 2018). Os danos causados pela lesão primária podem ser irreversíveis, no entanto, a situação ainda pode agravar-se pela ocorrência de lesões secundárias. Uma identificação precoce e correção imediata dos eventos adversos, pode limitar os danos cerebrais e melhorar os resultados (Zoerle et al, 2017).

OBJETIVO

Mapear a evidência disponível na literatura, sobre as medidas de neuroproteção, farmacológicas ou não farmacológicas, utilizadas no tratamento do doente adulto vítima de traumatismo cranioencefálico.

QUESTÃO DE REVISÃO

"Quais as medidas de neuroproteção utilizadas no tratamento do doente adulto vítima de traumatismo cranioencefálico?"

RESULTADOS

A neuroproteção pode ser considerada um conjunto de intervenções destinadas a melhorar os resultados do doente e preservar e restaurar a integridade, função e conectividade das células cerebrais (Zoerle et al, 2017).

CONCLUSÃO

A neuroproteção é um assunto amplamente estudado há vários anos, reconhecendo-se a sua utilidade para a prevenção de lesões secundárias associadas ao traumatismo cranioencefálico, no entanto, mantém-se a discussão sobre as medidas mais adequadas, justificando-se mais investigação para a validação das mesmas.

De salientar a importância da intervenção dos enfermeiros na monitorização e tratamento das lesões secundárias do Traumatismo Cranioencefálico, sendo fundamental um nível de conhecimentos especializado sobre o tema, de forma a detetar precocemente alterações que possam ser corrigidas, prevenir precocemente complicações e garantir a segurança do doente

METODOLOGIA

8 ARTIGOS

Scoping Review (Joanna Briggs Institute)

Bases de dados: Medline, Cinahl, Medic Latina, Nursing & Allied Health Collection, Scielo e PubMed

Crítérios de inclusão: Limite temporal 2015-2020; Texto integral em inglês, português, francês, espanhol; população adulta vítima de traumatismo cranioencefálico.

Descritores: "Neuroprotection" AND "Traumatic Brain Injury" AND "Critical Care"

MEDIDAS DE NEUROPROTEÇÃO

Controlo de: Hipóxia | Hipotensão | Temperatura | Glicémia | Lactatos | Hemoglobina

Administração de: Anestésicos | Benzodiazepinas | Bicarbonato de sódio | Bloqueadores dos canais de cálcio | Corticosteróides | Magnésio | Progesterona | Recetores antagonistas de NMDA

Outras Intervenções: Colocação de drenagem ventricular externa | Drenagem de hematoma | Craniectomia descompressiva | Oxigenoterapia hiperbárica | Influência dos ritmos circadianos | Células estaminais

REFERÊNCIAS



¹ Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa Enfermeira no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz, Lisboa. carla.benites@ucp.pt

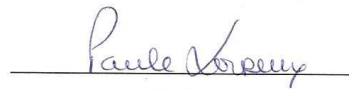
² Doutora em Enfermagem, Mestre em Ciências da Educação, Enfermeira, Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. isabel@ics.ucp.pt

ANEXOS

ANEXO I - Certificado de participação na Ação de Formação submetida ao tema
“Montagem de circuito e manutenção da máquina de hemodiafiltração”


DECLARAÇÃO

A pedido da interessada, declara-se que a estudante da Especialidade Médico-Cirúrgica, Carla Susana Benites, a realizar estágio na UCIC do HEM, assistiu como formanda à formação pela delegada da Prisma, sobre a montagem de circuito e manutenção da máquina de Hemodiafiltração. Esta formação foi realizada na UCIC dia 29/09/2020 e teve a duração de 1h.



12/04/2021

ANEXO II - Certificado de participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

**CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

CERTIFICADO

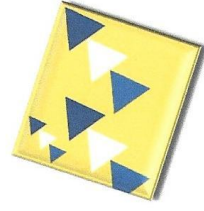
Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) Carla Susana Afonso Benites, participou no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

Aluno n.º 192019022

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar



ANEXO III – Certificado de apresentação de um Poster submetido ao tema: Medidas de Neuroproteção utilizadas no Tratamento do Doente Adulto Vítima de Traumatismo Cranioencefálico: uma Scoping Review

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Carla Benites e Prof. Doutora Isabel Rabiais**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 22 com o tema **“MEDIDAS DE NEUROPROTEÇÃO UTILIZADAS NO DOENTE ADULTO VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO”**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

