

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

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

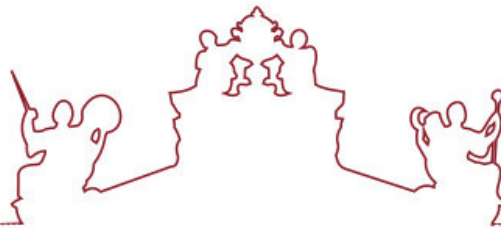
Relatório de Estágio: Intervenção de Enfermagem Especializada na Prevenção do Stress Pós Traumático na Pessoa/Família em Situação Crítica internada em UCI

Ana Sofia Jesus Correia

Orientador(es) | Maria Alice Gois Ruivo

Évora 2022





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

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

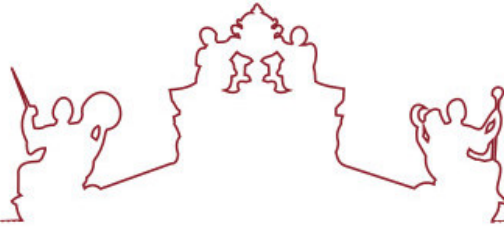
Relatório de Estágio: Intervenção de Enfermagem Especializada na Prevenção do Stress Pós Traumático na Pessoa/Família em Situação Crítica internada em UCI

Ana Sofia Jesus Correia

Orientador(es) | Maria Alice Gois Ruivo

Évora 2022





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

Presidente | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira (Instituto Politécnico de Setúbal) (Arguente)

Dedicatória

À Pessoa em Situação Crítica

Agradecimentos

Aos meus pais

À minha família

À Bárbara

À Rita

À Eunice

Ao Ricardo

Às enfermeiras supervisoras Lúcia e Alexandra

À professora orientadora Alice

o meu,

Obrigada!

Relatório de Estágio: Intervenção de Enfermagem Especializada na Prevenção do Stress Pós Traumático na Pessoa/Família em Situação Crítica internada em UCI

Resumo

A evolução técnico-científica em Medicina Intensiva transporta-nos para uma realidade em que se prevê o aumento de sobreviventes perante uma situação crítica e, se tradicionalmente o tratamento à Pessoa hospitalizada em Cuidados Intensivos era focado na cura do problema de saúde, atualmente são cada vez mais valorizadas as consequências psicológicas que advém do internamento.

No âmbito do Estágio Final realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos da região de Lisboa e Vale do Tejo, foi elaborado um Projeto de Intervenção em Serviço, que retrata o *Stress Pós Traumático* enquanto consequência psicológica da hospitalização em Cuidados Intensivos e que estratégias os enfermeiros devem adotar para prevenir este distúrbio, garantindo uma prática de qualidade. Desta forma, foi elaborada a proposta de guia orientador para realização do Diário da Pessoa Internada em Cuidados Intensivos, estratégia de excelência na dinamização de cuidados de saúde humanizados.

É também realizada uma análise crítico-reflexiva acerca das competências adquiridas enquanto candidata a Mestre em Enfermagem e a Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Unidade de Cuidados Intensivos, *Stress Pós Traumático*, Humanização dos Cuidados de Enfermagem

Internship Report: Specialized Nursing Intervention in Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder in Person/Family in Critical Situation hospitalized in ICU

Abstract

The technical-scientific evolution in Intensive Care Medicine brings us to a reality in which survivors are expected to increase in a critical situation and, if traditionally the treatment of the person hospitalized in Intensive Care was focused on curing the health problem, nowadays the psychological consequences that result from hospitalization are increasingly valued.

As part of the final internship held in an Intensive Care Unit in Lisbon and Tagus Valley region, an In-Service Intervention Project has been developed, which portrays Post Traumatic Stress as a psychological consequence of hospitalization in Intensive Care and what strategies nurses should adopt to prevent this disorder, ensuring a quality practice. Thus, a proposal for a guiding guide for the realization of the Diary of the Person Hospitalized in Intensive Care was elaborated, a strategy of excellence in the promotion of humanized health care.

A critical-reflexive analysis is also carried out about the competencies acquired as a Master's candidate in Nursing and as a Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing: the Person in Critical Condition.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Critical Condition Person, Intensive Care Unit, Post-Traumatic Stress Disorder, Humanization of Nursing Care

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Análise SWOT	40
Quadro 2 - Planejamento do Projeto	43
Quadro 3 - Planejamento, execução e avaliação do objetivo específico 1	44
Quadro 4 - Planejamento, execução e avaliação do objetivo específico 2	46
Quadro 5 - Planejamento, execução e avaliação do objetivo específico 3	48
Quadro 6 - Planejamento, execução e avaliação do objetivo específico 4	50
Quadro 7 - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	67
Quadro 8 - Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	70
Quadro 9 - Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	73
Quadro 10 - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	75
Quadro 11 - Competência Específica do EEEMC:PSC a).....	78
Quadro 12 - Competência Específica do EEEMC:PSC b).....	83
Quadro 13 - Competência Específica do EEEMC:PSC c)	87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultados das respostas à questão 1.....	52
Gráfico 2 - Resultados das respostas à questão 2.....	53
Gráfico 3 - Resultados das respostas à questão 3.....	53
Gráfico 4 - Resultados das respostas à questão 4.....	54
Gráfico 5 - Resultados das respostas à questão 5.....	54
Gráfico 6 - Resultados das respostas à questão 6.....	55
Gráfico 7 - Resultados das respostas à questão 7.....	55
Gráfico 8 - Resultados das respostas à questão 8.....	56
Gráfico 9 - Resultados das respostas à questão 9.....	56
Gráfico 10 - Resultados das respostas à questão 10.....	57
Gráfico 11 - Resultados das respostas à questão 11.....	57
Gráfico 12 - Resultados das respostas à questão 12.....	59
Gráfico 13 - Resultados das respostas à questão 13.....	59
Gráfico 14 - Resultados das respostas à questão 14.....	60
Gráfico 15 - Resultados das respostas à questão 15.....	60
Gráfico 16 - Resultados das respostas à questão 16.....	61
Gráfico 17 - Resultados das respostas à questão 17.....	61
Gráfico 18 - Resultados das respostas à questão 18.....	62
Gráfico 19 - Resultados das respostas à questão 19.....	62
Gráfico 20 - Resultados das respostas à questão 20.....	63
Gráfico 21 - Resultados das respostas à questão 21.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS E SÍMBOLOS

% - Percentagem

B

BPS – Behavioral Pain Scale

C

CAA - Comunicação Alternativa e Aumentativa

CODU – Centro Orientação de Doentes Urgentes

COVID-19 – Corona Virus Disease 2019

D

DFEM – Departamento de Formação e Emergência Médica

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPI – Diário da Pessoa Internada

E

ECMO - *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOT – Entubação Oro-Traqueal

F

FS – Formação em Serviço

G

GCL – PPCIRA - Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

H

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

I

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IES – R – *Impact of Event Scale – Revised*

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS - *International Trauma Life Support*

N

nº - Número

P

p. – Página

PBCI - Precauções Básicas do Controlo de Infeção

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCR - Paragem Cardio-Respiratória

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PTSS-14 – *Posttraumatic Stress Symptoms*

R

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

S

SAV - Suporte Avançado de Vida

SIV - Suporte Imediato de Vida

SPCI – Síndrome Pós Cuidados Intensivos

SPT – *Stress Pós Traumático*

SU MC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SU – Serviço de Urgência

T

TEPH - Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar

U

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI NCT – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos e Trauma

V

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
1.1. Teoria de Enfermagem: Teoria do Conforto	15
1.2. Qualidade Em Saúde E Segurança Dos Cuidados	18
1.3. Problemática: <i>Stress</i> Pós Traumático após internamento em UCI	22
2. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	31
2.1. Serviço De Urgência Médico-Cirúrgica E Temática Desenvolvida	31
2.2. Unidade De Cuidados Intensivos Neurocríticos E Trauma	34
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	37
3.1. Diagnóstico De Situação	38
3.2. Definição De Objetivos	41
3.3. Planeamento, Execução e Avaliação	41
3.4. Divulgação De Resultados	64
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	65
4.1. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista E Competências De Mestre	66
4.2. Competências Específicas De Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica E Competências De Mestre	77
5. CONCLUSÕES	91
BIBLIOGRAFIA	93

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1– IMPACT OF EVENT SCALE – REVISED	CVI
ANEXO 2 – HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE	CIX
ANEXO 3– CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA.....	CXII
ANEXO 4– CERTIFICADO DE APROVAÇÃO NO CURSO DE INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT	CXIV
ANEXO 5 – CERTIFICADO DE COLABORAÇÃO NA REALIZAÇÃO DO POSTÊR APRESENTADO NO 2º SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR	CXVI

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - CRONOGRAMA.....	CXIX
APÊNDICE 2 – RESUMO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	CXXI
APÊNDICE 3 – PROPOSTA DE GUIA ORIENTADOR PARA A REALIZAÇÃO DO DIÁRIO DA PESSOA INTERNADA EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	CXXV
APÊNDICE 4– PLANO DA SESSÃO FORMATIVA	CXXXI
APÊNDICE 5 – DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA	CXXXIV
APÊNDICE 6 – PROJETO DO ESTÁGIO 1	CXXXVI
APÊNDICE 7– PROJETO DO ESTÁGIO FINAL.....	CXLII
APÊNDICE 8 – ESTUDO DE CASO.....	CLXV

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório, inserida no plano de estudos do V Mestrado em Associação na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC]: a Pessoa em Situação Crítica [PSC], ministrado pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus pertencente à Universidade de Évora no ano letivo 2020/2021 e 2021/2022, foi-nos solicitado a realização de um Relatório de Estágio.

Sendo a introdução de um documento um convite à sua leitura, o presente Relatório de Estágio acaba por se revelar o culminar de todo o processo formativo percorrido ao longo dos últimos 3 semestres, com particular enfoque nos estágios práticos realizados e na temática do Projeto de Intervenção em Serviço [PIS] implementado no último estágio. A temática a abordar é relativa às consequências psicológicas, em particular o *Stress* Pós Traumático, que podem advir de um internamento em Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] na Pessoa que experienciou uma situação de doença crítica e na sua família/cuidador. A temática em causa emergiu de uma necessidade de formação da equipa de enfermagem, do local onde decorreu o Estágio Final, acerca das consequências psicológicas do internamento em UCI e das estratégias a implementar durante a hospitalização para as prevenir. Assim, serão abordadas várias estratégias que carecem de atenção por parte da equipa de saúde e, em particular, da equipa de enfermagem, pela posição privilegiada de proximidade com a Pessoa cuidada e com a família/cuidador. Estas intervenções serão devidamente fundamentadas com a melhor e mais recente evidência científica, nomeadamente através de *bundles* e *diretrizes*, promovendo também este Relatório de Estágio, uma Prática Baseada na Evidência [PBE].

O objetivo geral deste Relatório de Estágio é ser o elemento de avaliação da UC acima referida e os objetivos específicos são: apresentar os contextos clínicos dos estágios efetuados, apresentar o PIS realizado no Estágio Final e por fim justificar a aquisição das competências de Mestre em Enfermagem e das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EEEMC]:PSC através da realização de uma análise teórica e crítico-reflexiva que espelha as aprendizagens efetuadas e experiências vividas ao longo do referido percurso académico. Este Relatório de Estágio vai culminar com a aquisição dos graus académicos e títulos profissionais acima mencionados após a sua discussão pública e aprovação na mesma.

Este Relatório de Estágio encontra-se estruturado em 4 secções principais, posteriormente divididas em sub-secções. Primeiramente procede-se ao enquadramento concetual acerca da teoria de enfermagem que está na base da realização do PIS, a Teoria do Conforto de Kolcaba;

de aspetos relacionados com a qualidade e segurança nos cuidados de saúde e da temática abordada. De seguida são descritos os contextos dos estágios realizados, o Estágio 1 num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica [SU MC] de um Centro Hospitalar da região do Sul do país, e o Estágio Final numa UCI de um Centro Hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo. Posteriormente, na secção seguinte, são explanadas todas as etapas da realização do PIS de acordo com a Metodologia de Projeto. Por fim, é realizada uma análise crítico-reflexiva acerca das atividades realizadas para o sucesso da aquisição das competências de Mestre em Enfermagem e de EEEMC:PSC. Este documento encerra-se com as conclusões, as referências bibliográficas que deram suporte teórico-científico à realização deste trabalho, os anexos e apêndices.

Apenas acrescentar que o presente documento foi redigido à luz das normas emanadas pela 7ª edição da *American Psychological Association* e de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa, com exceção das citações diretas, em que foi mantido o texto original.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Atendendo à complexidade dos processos vivenciados pela pessoa e família/cuidador em situação crítica, é fundamental que o EEEMC:PSC considere uma PBE em comunhão com as teorias da disciplina de Enfermagem, ambas alicerces para a segurança e qualidade desta arte.

Neste processo académico de desenvolvimento de competências, e procurando ir ao encontro aos objetivos propostos, surge a necessidade de realizar um breve enquadramento conceptual acerca da teoria de enfermagem que suporta a realização do PIS e do presente Relatório de Estágio, bem como abordar a qualidade em saúde e segurança dos cuidados e por fim explicar a evidência relativa à temática a abordar.

1.1. Teoria de Enfermagem: Teoria do Conforto

A palavra teoria tem origem na palavra grega *theoría* que significa “visão” e é definida por Chinn & Kramer (2004, p. 79) como “uma estruturação criativa e rigorosa de ideias que projetam uma tentativa, uma resolução e uma visão sistemática dos fenómenos”. Uma teoria de enfermagem pode ser definida como uma articulação organizada, coerente e sistemática de um conjunto de afirmações relacionadas às perguntas significativas de uma disciplina, comunicadas, compartilhadas num conjunto, e num todo significativo, com a finalidade de descrever os fenómenos, explicar as relações entre eles e prever consequências ou prescrever o cuidado de enfermagem (Meleis, 2012). A sua aplicabilidade constitui, assim, um contributo essencial, na medida em que se estabelece como base do conhecimento científico, de forma a sistematizar o saber e a organizar a prática do cuidado, conduzindo, deste modo, o pensamento e a ação da prática de enfermagem através do desenvolvimento de novos conhecimentos, assegurando a segurança e a qualidade para a prática de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). O valor de uma teoria é a sua capacidade para expandir a Enfermagem enquanto ciência humana prática e é um auxiliar na compreensão da natureza dos seres humanos e da sua interação com o ambiente e o impacto dessa interação na saúde das pessoas. Esta ajuda também a planear a prática clínica e a definir as intervenções que melhoram a saúde e o bem-estar das pessoas, tendo em conta que a melhoria do cuidado deve ser o principal objetivo de uma teoria de enfermagem (Queirós et al., 2014).

Relativamente às teorias de enfermagem, Meleis (2012) descreve três tipos de teorias, considerando os seus níveis de abstração, nomeadamente: grandes teorias, teorias de médio

alcance e teorias de curto alcance. A Teoria do Conforto, teoria a abordar no curso do presente relatório por estar estreitamente relacionada com a temática do PIS, é uma teoria de médio alcance e caracteriza-se por ter um foco de interesse mais limitado do ponto de vista estrutural. São consideradas de nível menos abstrato do conhecimento teórico, uma vez que se dirigem a fenómenos ou conceitos específicos e refletem a prática de enfermagem. Os fenómenos ou conceitos tendem a cruzar diferentes campos da enfermagem e refletem uma ampla variedade de situações dos cuidados de enfermagem. As teorias de médio alcance são concretas, adaptáveis e de fácil utilização, pois os conceitos são mais específicos e podem ser facilmente operacionalizados (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria do conforto é sustentada pelos pressupostos de que os seres humanos, face a estímulos complexos, apresentam respostas holísticas; o conforto é um resultado holístico desejável, relativo à disciplina de Enfermagem; os seres humanos esforçam-se para a satisfação das suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam; a melhoria do conforto estimula a procura de comportamentos de saúde, por parte dos doentes; os doentes com participação ativa na procura de comportamentos de saúde, manifestam maior grau de satisfação, no que diz respeito aos cuidados de saúde e a integridade institucional assenta num modelo conceptual de cuidados centrados nos recetores de cuidados de saúde (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003; Tomey & Alligood, 2004). Relativamente aos conceitos metaparadigmáticos de uma teoria; a enfermagem, o doente, o ambiente e a saúde; Tomey & Alligood (2004) estabelece a enfermagem como a apreciação intencional das necessidades de conforto do doente, família ou comunidade; a conceção das medidas de conforto para colmatar essas mesmas necessidades e a reavaliação, subjetiva e/ou objetiva, dos níveis de conforto, após a sua implementação; o doente como recetor dos cuidados de enfermagem, que tanto podem ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades; o ambiente como qualquer variável referente ao doente, família ou comunidade que pode ser manipulada, com vista à melhoria do conforto; e a saúde, como o funcionamento ótimo de um doente, família ou comunidade, definido pelos mesmos.

Os conceitos chave desenvolvidos por Kolcaba na teoria do conforto, com vista à sua aplicabilidade na prática são: as necessidades de cuidados de saúde, as medidas de conforto, as variáveis intervenientes, o conforto, os comportamentos de procura de saúde e integridade institucional (Kolcaba, 2003). As necessidades de cuidados de saúde, são necessidades de conforto, que resultam de situações de cuidados de saúde geradores de tensão, em que a pessoa não consegue satisfazer estas necessidades como habitualmente e, portanto, podem-se traduzir em eventuais causas de desequilíbrio da homeostasia do indivíduo. Para dar

resposta às necessidades de saúde identificadas, os enfermeiros estabelecem intervenções de enfermagem, designadas por medidas de conforto. Porém, o enfermeiro, ao planejar estas intervenções, tendo como objetivo o aumento do conforto do doente, tem que ter em conta as variáveis intervenientes, pois estas são as forças de interação que influenciam a perceção da pessoa acerca do conforto, tais como idade, estado emocional, experiências prévias, situação económica, entre outras (Kolcaba, 2003).

Na literatura e na prática de enfermagem, o conforto e o bem-estar são conceitos frequentemente utilizados, embora de modo pouco claro. Assim, por se tratar de abstrações de ideias distintas, conforto e bem-estar, merecem ser diferenciados de modo a poderem ser empregues com maior exatidão, uma vez que o conforto se refere ao estado imediato e vivenciado no momento, enquanto que o bem-estar se refere a uma situação perspetivada a longo prazo. Explorando o conceito de conforto, de acordo com a Teoria de Kolcaba, este é uma condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto e como uma experiência imediata e holística da prática de enfermagem através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto: o estado de alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos da experiência: físico, social, psico-espiritual e ambiental (Tomey & Alligood, 2004, p. 484).

Neste sentido, considera-se que o conceito de conforto apresenta enorme interesse e potencial para a enfermagem, por ser considerado "(...) como um resultado (mais) sensível à intervenção do enfermeiro, pelo carácter mais imediato da experiência e pela conotação de valorização da ajuda fortalecedora implícita" (Oliveira, 2013, p.6).

O estado de alívio é definido como condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade de conforto específica, a tranquilidade apresenta-se como um estado pleno de calma ou satisfação e a transcendência é vista como uma situação na qual uma pessoa supera os seus problemas ou sofrimento. Estes tipos de conforto podem ser experienciados em 4 contextos: físico, relativo às sensações corporais; psicoespiritual, relativo à consciência da pessoa sobre si própria, incluindo a autoestima, crenças e aspetos culturais; ambiental, respeitante ao meio, condições e influências externas; e sociocultural, referente aos relacionamentos interpessoais, familiares e sociais da pessoa (Kolcaba, 2003).

Em suma, Kolcaba (2003) considera o conforto como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas relativamente ao alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos da experiência. Os cuidados de enfermagem assumem aqui um papel predominante, numa perspetiva de cuidados humanizados, uma vez que o objetivo dos

mesmos é proporcionar o conforto holístico, devendo o enfermeiro assumi-lo como expoente máximo do cuidar.

1.2. Qualidade Em Saúde E Segurança Dos Cuidados

Aquando a criação da Ordem dos Enfermeiros, a enfermagem deparou-se com diversos desafios, nomeadamente a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo seu reflexo na melhoria dos cuidados prestados e pela necessidade de apresentar uma atitude crítico-reflexiva da prática de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Tendo por base o documento da divulgação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a base dos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros são: a saúde, a pessoa, o ambiente, os cuidados de enfermagem. A saúde é um processo contínuo e dinâmico, é a representação da condição do indivíduo, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual em cada momento em particular, procurando a pessoa o seu equilíbrio perante cada desafio. A pessoa é um ser bio-psico-social, com características únicas, dignidade própria e direito ao seu empoderamento na saúde; é influenciada pelo ambiente com que interage e influencia-o também na procura pela homeostasia e harmonia na saúde. O ambiente no qual nos desenvolvemos é constituído por fatores humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que influenciam o estilo de vida que adoptamos e que, por sua vez, influenciam o nosso conceito de saúde. É indissociável para a prática da enfermagem a dicotomia entre a pessoa e o ambiente, distinguindo-se o enfermeiro pela competência de respeitar a pessoa na sua vertente multicultural e abster-se de juízos de valor (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Os enunciados descritivos relativos à qualidade do exercício da profissão de enfermagem são a procura permanente da satisfação do cliente, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, da maximização do bem-estar e auto-cuidado, do desenvolvimento eficaz de processos de readaptação funcional e da máxima organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Relativamente à satisfação do cliente, o EEEMC:PSC visa atingir determinados objetivos, nomeadamente: minimizar o efeito negativo da mudança de ambiente imposta pelo processo de saúde/doença na PSC; ter uma intervenção eficiente, eficaz, focada, rápida e holística no cuidado à PSC; a manutenção de uma comunicação eficiente com utilização de estratégias

alternativas com a PSC e, com a família/cuidador, na transmissão de informação acerca da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No que respeita à promoção da saúde, o EEEMC:PSC deve aproveitar todas as potencialidades daquele que experienciou uma situação de doença crítica, fornecer informações promotoras de novos conhecimentos e avaliar a aquisição dos mesmos e promover o empoderamento da pessoa para gerir os processos de saúde/doença decorrentes dessa situação (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Em relação à prevenção de complicações, o EEEMC:PSC deve aplicar todas as fases do processo de enfermagem, nomeadamente realizar os diagnósticos de enfermagem que lhes competem relativamente aos problemas presentes ou potenciais, minimizando os efeitos indesejáveis; planear as intervenções necessárias num plano de cuidados individualizado e posteriormente implementá-las com o devido rigor técnico-científico, privilegiando a PBE e por fim avaliar o resultado e a efetividade das mesmas. O referido Enfermeiro Especialista [EE] deve ser também um elemento de referência em vários aspetos, nomeadamente: referência de situações que estejam fora do seu espectro de ação para outros enfermeiros especialistas ou outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no cuidar da PSC, envolvimento na evacuação e transporte da PSC, supervisão dos pares do que respeita a tarefas delegadas e ser um exemplo na técnica exímia de execução de cuidados de alta complexidade e na gestão de protocolos terapêuticos adequados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No que concerne ao bem-estar e ao auto-cuidado, o EEEMC:PSC deve zelar pelo rigor técnico-científico das suas intervenções especializadas, pela referência das situações geradoras de insegurança a outros profissionais, supervisionar e responsabilizar-se pelas tarefas delegadas e decisões tomadas, pela prática especializada na gestão da dor e implementação de intervenções e respetivos protocolos terapêuticos, a manutenção de uma relação terapêutica e de ajuda face à PSC e sua família/cuidador, nomeadamente face a situações de complexidade superior como em processos de luto e morte (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Na questão na readaptação funcional, o EEEMC:PSC deve primar pela continuidade do processo de prestação de cuidados especializados, planear a alta de acordo com as necessidades da pessoa e família/ cuidador e tendo em conta os recursos humanos e materiais disponíveis, instruir acerca das adaptações funcionais necessárias face às mudanças impostas pela vivência de uma situação crítica e informar acerca dos recursos disponíveis na comunidade para complementar a readaptação funcional após as referidas vivências (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Ao nível da organização dos cuidados de enfermagem também deverá ter em conta a melhoria contínua da qualidade dos cuidados nomeadamente ao nível do sistema de registos de enfermagem e onde esteja expressa a necessidade de cuidados de enfermagem especializados na área da EMC: PSC. É também importante extrair dados relativos à satisfação dos profissionais acerca da qualidade da sua prática e se a mesma cumpre as dotações seguras recomendadas (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O plano nacional para a segurança dos doentes, vigente de 2021 a 2026, tem por objetivo (...) consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Diário da República, 2021,p.97).

Este plano é suportado por 5 pilares e detêm 14 objetivos estratégicos, sendo estes últimos adaptáveis aos novos desafios que possam surgir durante o tempo em que o plano se encontrar em vigor e em função das necessidades sentidas ao longo da sua implementação. O pilar da cultura de segurança, que diz respeito às características individuais da equipa que determinam a atitude perante a questão da segurança do doente, os objetivos são: promover a formação dos profissionais de saúde na temática da segurança do doente, avaliar a cultura de segurança e aumentar a literacia e empoderamento do doente e família/ cuidador na segurança dos cuidados recebidos. O pilar da liderança e governança conduz-nos para um contexto de cuidados em que tanto os profissionais como os doentes sentem confiança para discutir aspetos relacionados com o sistema de saúde e a dificuldade inerente à prestação de cuidados. Este pilar tem como objetivos garantir a participação dos profissionais ligados à gestão das instituições na implementação do plano nacional para a segurança dos doentes em cada contexto de saúde e coordenar a articulação com as estruturas major de gestão para a segurança do doente a nível nacional e local. O pilar da comunicação é a base de todos os cuidados prestados à pessoa, no entanto, existem momentos em que este é potencialmente gerador de falhas, nomeadamente na transição de cuidados. Assim, os objetivos para este pilar prendem-se com a otimização da comunicação na instituição e entre instituições, otimizar a comunicação nos momentos de transição de cuidados e adequar a informação clínica prestada ao doente e família/ cuidador. O 4º pilar é o da prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e este diz respeito à implementação de ações de melhoria contínua que promovam a prevenção de incidentes e notificar os existentes, numa cultura construtiva e não punitiva.

Este tem como objetivos aumentar o número de notificações de incidentes na plataforma adequada, como o sistema NOTIFIC@, bem como promover o acompanhamento e avaliações dos incidentes no sistema anteriormente referido. O último pilar diz respeito às práticas seguras em ambientes seguros, isto é, as condições onde são prestados os cuidados de saúde, nomeadamente ao nível das dotações seguras, da formação dos profissionais e entre outros, a forma como é organizado o trabalho influencia a segurança e efetividade dos mesmos. Os objetivos neste âmbito são implementar e monitorizar práticas de prestação de cuidados seguros, reduzir as Infecções associadas aos cuidados de saúde [IACS] e as resistências aos antimicrobianos, bem como promover a telessaúde segura (Diário da República, 2021).

Ao fazer o paralelo entre a temática da qualidade e segurança patente nos cuidados de enfermagem especializados, sobretudo em contexto do cuidar da PSC e família/ cuidador, os EEEMC: PSC devem ser “(...) reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.11). Assim, o objetivo major de dar continuidade à formação académica, na realização deste percurso formativo, e dos projetos nele desenvolvidos, prende-se com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados que prestamos diariamente nos nossos contextos de trabalho, pois cada pessoa é única e tem

(...) direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Diário da República, 2021, p.96).

Consideramos que a temática explorada é de elevada pertinência no cuidado à PSC e família/cuidador, tendo um papel dinâmico em todos os enunciados descritos anteriormente referidos. Através das estratégias para prevenir a ocorrência de sintomas de SPT, com o intuito de promover a saúde e prevenir complicações decorrentes do internamento em UCI, conseguimos uma maior satisfação dos clientes com os nossos cuidados de enfermagem e uma maximização do seu bem-estar. Este tema assenta ainda no pilar da cultura de segurança anteriormente referido, pois pretende-se a realização de formação aos profissionais de saúde e que com as novos conhecimentos e atitudes na prática clínica, se promova o aumento da literacia em saúde e empoderamento dos clientes acerca de todo o seu processo de saúde/doença.

1.3. Problemática: *Stress* Pós Traumático após internamento em UCI

Os progressos efetuados no mundo da medicina intensiva estão associados a um decréscimo da mortalidade na UCI e hospitalar (Garrouste-Orgeas et al., 2017; Wade et al., 2018), aumentado assim o número de sobreviventes de doença crítica e as consequências associadas ao internamento em UCI. As consequências mais comuns do internamento em UCI para a pessoa e família/cuidador são ao nível físico, cognitivo e psicossocial, tendo estas consequências repercussões a nível da qualidade de vida (Halm, 2019b), atraso no processo de recuperação, aumentam a utilização dos serviços de saúde e os custos ao Sistema Nacional de Saúde (Kalfon et al., 2019; Torres et al., 2020).

A hospitalização em UCI é uma experiência stressante para os pacientes, pois estes estão perante um ambiente desconhecido, diagnóstico e prognóstico reservado, medo da morte e medo da diminuição da qualidade de vida (Garrouste-Orgeas et al., 2017), exposição a condições stressantes e desconfortáveis devido a múltiplos fatores (Kalfon et al., 2019), podendo desenvolver Síndrome Pós Cuidados Intensivos [SPCI]. A família/cuidador de doentes em cuidados intensivos também está exposta ao desenvolvimento de SPCI devido a fatores de *stress* proveniente da situação de saúde-doença do seu familiar, devido à incerteza do tratamento e prognóstico, privação de sono e informação insuficiente ou mal percecionada. Estes fatores de *stress* afetam os familiares/cuidadores de forma negativa e podem persistir até 1 ano após a alta do seu familiar da UCI (Bohart et al., 2018).

O SPCI, consequência psicológica do internamento em UCI, tem uma elevada prevalência entre os sobreviventes de doença crítica e a sua família/cuidador. Esta síndrome pode ser manifestada através de sintomas de depressão, ansiedade e *Stress* Pós Traumático (SPT) (Hatch et al., 2018). Segundo Halm (2019b), o SPCI afeta a PSC em cerca de 25% a 50% e de acordo com Hatch et al., (2018), a prevalência de está entre 12% e 46% entre os 3 e os 12 meses após a alta. A ocorrência em simultâneo de 2 sintomas dos anteriormente referidos é de mais de 65% (Hatch et al., 2018). Relativamente à ansiedade e depressão, a sua prevalência na pessoa que sofreu de doença crítica é de 8%-57% e 23% -48% respetivamente. Já na família, a prevalência de ansiedade é de 15%-24% e de depressão é de 5%-36%. No que respeita ao SPT, foco principal do tema deste Relatório de Estágio, a sua prevalência no doente é de 10%-50% (Garrouste-Orgeas et al., 2017) e, em particular, 14% a 51% em pacientes sob VMI (Huang et al., 2016). Já na família, a prevalência de SPT é de 35%-57% (MaGarrouste-Orgeas et al., 2017). Dados os dados estatísticos acima mencionados, as consequências psicológicas do

internamento em UCI são um foco de interesse para os profissionais de medicina intensiva, bem como um grande desafio o desenvolvimento de estratégias para reduzir a sua incidência (Garrouste-Orgeas et al., 2017).

O SPT é caracterizado pela reexperiência do evento traumático através de memórias, sonhos ou pesadelos; por evitar espaços, pessoas ou situações que recordem o trauma (Torres et al., 2020); hiperexcitação; dificuldade em dormir; irritabilidade e resposta a estímulos em sobressalto durante mais de 30 dias após a situação (Warlan & Howland, 2015).

Existem fatores de risco que predisõem ao desenvolvimento de sintomas de SPT, os intrínsecos e os extrínsecos. Os extrínsecos, ou relacionados com o internamento em UCI, estão associados com os eventos, tratamentos e experiências em UCI. Os eventos na UCI prendem-se com a ocorrência de hipóxia, choque, inflamação, hipo/hiperglicémias, *delirium*; os tratamentos em UCI prendem-se com o uso de benzodiazepinas ou a utilização de sedativos de forma prolongada, a Ventilação Mecânica Invasiva [VMI]; e as experiências em UCI estão relacionadas com a imobilização prolongada no leito, mecanismos de contenção mecânica, dor, sede (Garrouste-Orgeas et al., 2017; Kredentser et al., 2018), *stress*, agitação, medo, pânico, perda de controlo, incapacidade de expressar necessidades (Kalfon et al., 2019), náusea, fadiga, desorientação e procedimentos invasivos (Wade et al., 2018). O facto do doente estar rodeado de equipamento tecnológico ruidoso, tubos, sem acesso a luz natural, sem saber as horas, com interrupção do sono e privação de sono (Wade et al., 2018; Torres et al., 2020) fazem parte das experiências negativas vivenciadas por um doente internado em UCI. Outro grande fator de risco para o desenvolvimento de SPT são as memórias com que os doentes ficam após a hospitalização em UCI. Cerca de 82% dos doentes têm memórias do internamento, dos quais, 41% apresentam memórias delirantes e intrusivas (Lasiter et al., 2016). As pessoas que não referem lembranças ou referem memórias desfragmentadas, apresentam sentimentos negativos pela perda do “eu” durante o período da hospitalização. Os fatores intrínsecos são essencialmente a pré-existência de SPT, antecedentes pessoais de depressão e ansiedade, ser do sexo feminino e ter menos de 65 anos de idade (Sayde et al., 2020). O conhecimento da existência destes fatores é uma ferramenta para o enfermeiro conseguir detetar precocemente a pessoa com maior susceptibilidade ao desenvolvimento de sintomas de SPT e assim adotar atenção redobrada nos cuidados de enfermagem.

São várias as estratégias que podem ser desenvolvidas com o intuito de mitigar o SPT e promover a saúde psicológica após o internamento em UCI, devendo estas ser iniciadas o mais precocemente possível, ainda durante a hospitalização, para que o seu resultado seja mais efetivo (Wade et al., 2018). Durante o internamento, a equipa, deve adotar intervenções de

enfermagem que visem a prevenção do SPCI, nomeadamente as emanadas pela *bundle* com a mnemónica ABCDEF (Lasiter et al., 2016) e implementar a realização do Diário da Pessoa Internada [DPI] em UCI.

Explanando a mnemónica ABCDEF, e relativamente ao A (*Assess, prevent and manage pain*), adotar uma abordagem contínua para a avaliação e gestão da dor é essencial e deve ter em consideração as peculiaridades das pessoas gravemente doentes, já que estas experienciam dor moderada a intensa tanto em repouso como durante os procedimentos. Apesar da avaliação tradicional da dor ter em conta o auto relato do doente, se este apresentar incapacidade em comunicar, a sua presença não deveser excluída, pelo que as escalas de avaliação da dor pela análise do comportamental são uma estratégia alternativa para avaliar e monitorizar a dor nos pacientes incapazes de se expressar (Devlin et al., 2018). De acordo com o mesmo autor, a Escala de Dor Comportamental em pacientes entubados orotraquealmente ou *Behavioral Pain Scale* [BPS] e a Ferramenta de Observação da Dor em Cuidado Crítico ou *Critical Care Pain Observation Tool* apresentam maior fidedignidade para a monitorização da dor (Devlin et al., 2018). A gestão da dor é complexa porque é uma experiência muito individual e com diversas origens (Devlin et al., 2018) e de acordo com Kalfon et al., (2019), reduzindo o desconforto associado aos procedimentos e tratamentos em UCI, é provável que consigamos reduzir a ocorrência de sintomas de SPT. É extremamente importante que o enfermeiro monitorize e avalie a dor previamente a um procedimento ou mobilização e administre analgesia preemptiva, pois a presença de dor na PSC está associada à ocorrência de instabilidade cardíaca e hemodinâmica e comprometimento ventilatório (Devlin et al., 2018). Concomitantemente o enfermeiro deve aplicar estratégias não farmacológicas de controlo da dor, sendo a combinação das estratégias farmacológicas e não farmacológicas ideal para o sucesso da gestão da dor na PSC.

Na letra B (*Both spontaneous awakening trials and spontaneous breathing trials*), tradicionalmente a pessoa com EOT e sob VMI está sob terapêutica sedativa de forma prolongada, no entanto, a mais recente evidência refere que o doente acordado e consciente pode diminuir significativamente a morbi-mortalidade, tempo de internamento em UCI e prevalência de pneumonia nosocomial. O despertar diário é o momento em que a terapêutica sedativa é interrompida e o doente pode despertar e ter ações objetivas ou cumprir comandos simples. Os ensaios de respiração espontânea, sempre que a condição clínica do paciente o permitir, devem ser realizados para perceber a real necessidade de sedativos e titulá-la ao mínimo possível para o efeito desejado e tentar a possibilidade de desmame ventilatório (Devlin et al., 2018).

Respeitante ao C (*Choice of analgesia and sedation*), a escolha do tipo de sedo-analgésia quando esta é imprescindível para reduzir a ansiedade e agitação perante a necessidade de VMI ou controlo da dor perante um procedimento invasivo é muito importante e tem em conta vários fatores como a farmacodinâmica e farmacocinética, custos e objetivos da sua utilização (Devlin et al., 2018). Assim, os mais recentes estudos referem que os sedativos não benzodiazepínicos, como o propofol e a dexmedetomidina, são preferíveis quando comparados com as benzodiazepinas porque diminuem o tempo de VMI, o tempo de internamento em UCI e a incidência de delírio (Devlin et al., 2018).

No que toca ao D (*Delirium – Assess, prevent and manage*), a evidência recomenda monitorizar pelo menos 1 vez por dia a ocorrência de delírio através das ferramentas adequadas disponíveis, nomeadamente o *Confusion Assessment Method for the ICU* ou o *Intensive Care Delirium Screening Checklist*. Esta monitorização rotineira tem como objetivo a deteção precoce de delírio pois este é um fator perturbador para o doente e família/cuidador, estando associado ao decréscimo de vários *outcomes* no doente crítico, tais como o tempo de internamento na UCI e hospitalar (Devlin et al., 2018). O seu tratamento deve iniciado o mais cedo possível e ser focado nos fatores reversíveis, nomeadamente: promover a higiene do sono, redução de ruído, iluminação adequada à hora, minimizar a contenção física, minimizar as intervenções e dispositivos médicos e realizar estimulação cognitiva e orientação para a realidade (Tovar & Henao-Castaño, 2021).

Relativamente ao E (*Early mobility and exercise*), 25% a 50% dos doentes críticos apresentam sequelas físicas a longo prazo, nomeadamente a fraqueza muscular adquirida na UCI, estando esta associada a prejuízos na esperança média de vida a longo prazo, na qualidade da função física e qualidade de vida. O benefício dos cuidados de reabilitação na PSC internada em UCI é de primordial importância para prevenir as consequências do repouso no leito prolongado, condição maior à maioria dos doentes críticos (Devlin et al., 2018), devendo estes ser iniciados o mais cedo que a condição clínica permita, de maneira progressiva e promovendo ao máximo o potencial do doente (Tovar & Henao-Castaño, 2021).

No que respeita ao F (*Family engagement and empowerment*), existem vários tipos de intervenções centradas na família/cuidador para melhorar o nível de satisfação desta com os cuidados, nomeadamente a sua integração nos cuidados da pessoa (Bohart et al., 2018), tomadas de decisão e planificação dos cuidados, o alargamento do horário das visitas na UCI, a realização do acolhimento da família na UCI, a efetividade da comunicação e transmissão de más notícias, e o encaminhamento desta para consulta de psicologia ou psiquiatria, se necessário (Tovar & Henao-Castaño, 2021).

A última estratégia a abordar é o DPI em UCI. Esta é uma estratégia empírica, desenvolvida na Dinamarca nos anos 80's e que depressa foi alargada a outros países no norte da Europa como a Suécia, Noruega, Reino Unido, Suíça e Alemanha (Galazzi et al., 2022) com o objetivo de prevenir os sintomas de SPT através da criação de uma narrativa da história do internamento da pessoa na UCI (Garrouste-Orgeas et al., 2017; Kredentser et al., 2018). O DPI deve ser uma narrativa de eventos e/ou observações pertinentes e deve ser escrito pelos enfermeiros, pela restante equipa multidisciplinar, pelas visitas, pela família/cuidador e pelo próprio doente (se este estiver em condições clínicas que o permitam participar na atividade) (Lasiter et al., 2016). Embora gere maior controvérsia devido à proteção de dados e privacidade, podem ser incluídas fotografias do doente (Lasiter et al., 2016; Garrouste-Orgeas et al., 2017; Petersson et al., 2018). O DPI assenta na premissa de que a memória é um dos maiores preditores de disfunção psicológica após o internamento em UCI (Garrouste-Orgeas et al., 2017), atuando este com o objetivo de preencher e consolidar as lacunas de memória, diminuir o efeito das memórias intrusivas e desmistificar as memórias traumáticas causadas pela hospitalização (Halm, 2019b).

São vários os estudos que foram realizados para estudar a efetividade do DPI em UCI e, a título de síntese dos resultados alcançados, a efetividade do DPI em UCI é variável consoante os estudos analisados, podendo ter, segundo o artigo realizado por Halm (2019b) melhoria nos *outcomes* relacionados com a qualidade de vida. Já de acordo com McIlroy et al., (2019), o DPI em UCI tem um efeito positivo na ansiedade, depressão e qualidade de vida no doente e de SPT nos familiares. No estudo de Kredentser et al., (2018), os pacientes que receberam o diário apresentaram *scores* médios significativamente inferiores na escala da ansiedade e depressão. Já relativamente ao SPT, de acordo com o último autor citado, o *score* na escala de avaliação de SPT também foi inferior, no entanto não foi estatisticamente significativo. De acordo com o estudo realizado por Nielsen et al. (2020) os familiares que tiveram uma participação ativa na realização do DPI apresentaram um risco menor de desenvolver SPT, no entanto não há diferença na ansiedade, depressão e qualidade de vida (Nielsen et al., 2020). O estudo de Torres et al. (2020) revelou benefícios com a realização do DPI em UCI, pois foi possível perceber um ligeiro decréscimo no *score* médio da escala de avaliação de SPT, a *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R), no grupo de intervenção (*score* 14 para *score* 10) e um aumento significativo no grupo de controlo (*score* 15 para *score* 23), sendo que dos 35 participantes que tiveram um *score* superior a 24 (*score* a partir do qual existe sintomas severos de SPT), 30 participantes eram do grupo de controlo e apenas 5 do grupo de intervenção.

Torres et al. (2020) refere que cerca de 44% dos doentes leram o DPI mais do que uma vez e 60% dos quais acreditam que com o DPI foi mais fácil completar algumas das memórias desfragmentadas e entender melhor o percurso em UCI. O mesmo autor refere ainda que os doentes que leram o diário estão mais aptos para partilhar informação, examinar sentimentos, registar processo de cura, clarificar os eventos na UCI e preencher lacunas de memória. Os pacientes valorizam a realização do DPI pela equipa de saúde como um ato personalizado de atenção e carinho (Petersson et al., 2018), sobretudo quando este reflete a presença dos familiares no percurso do internamento, ao lerem as suas mensagens encorajadoras. Cerca de 20% das pessoas e familiares referem que não desejam ler o diário e que este só devia ser uma estratégia a adotar para quem expresse interesse em tal (Petersson et al., 2018), pois cada pessoa é dotada da sua individualidade, tendo por isso diferentes necessidades, e se há quem queira reconstruir a história, há quem prefira seguir em frente e considere que a experiência de reviver o percurso em UCI é dotada de demasiadas emoções dolorosas (Nielsen et al., 2020). Os comentários da família ao participar na realização do diário foram: positivo, muito positivo, muito significativo, algo para se fazer enquanto se fica impotente perante a doença crítica, um sítio para exprimir emoções e ajudar a lembrar e a perceber o que aconteceu (Nielsen et al., 2020). Mesmo sem a discussão do diário, a sua escrita é importante para reduzir o risco de SPT (Nielsen et al., 2020), no entanto o seu efeito é potenciado se for discutido na consulta de *Follow-Up* para assim desmistificar alguns acontecimentos, sentindo-se assim os doentes aptos para seguir em frente (Garrouste-Orgeas et al., 2019).

A realização do diário deve obedecer a *guidelines* para a uniformização da sua realização por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente: data e hora da entrada da pessoa na UCI, identificação da categoria profissional, identificação das visitas e família/cuidador, escrita em linguagem simples e quotidiana, não usar termos clínicos, exemplos de eventos e observações e o paciente pode escrever sobre memórias, sentimentos e pensamentos. Deve-se ainda evitar informação confidencial (Torres et al., 2020). Este deve conter na primeira página a explicação do propósito do diário, depois uma fotografia de um quarto/unidade típica de um doente com a explicação dos diferentes equipamentos e uma lista com a identificação dos responsáveis do serviço (Garrouste-Orgeas et al., 2017). Posteriormente devem constar as razões da admissão, as principais atividades ou ocorrências e termina com a transferência da pessoa para a enfermaria ou com as condolências aos familiares (Garrouste-Orgeas et al., 2017; Garrouste-Orgeas et al., 2019).

Esta estratégia é amplamente aceite pelos profissionais de saúde. A maioria dos enfermeiros considera esta intervenção como uma estratégia de humanização dos cuidados

intensivos e um exemplo do cuidar holístico. O DPI não é considerado um fardo (Kredentser et al., 2018), mas sim um desafio pela personalização da informação nele constante (Halm, 2019a). Assim, pelo desafio com que o DPI é encarado, os profissionais de saúde precisam de formação e prática em como escrever um DPI, bem como na sua implementação na rotina dos cuidados e na gestão do tempo. Cerca de 48% das entradas no DPI demoram menos de 5 minutos (Kredentser et al., 2018). Ao mesmo tempo, é considerada uma intervenção com baixa prioridade comparativamente a outras intervenções (Halm, 2019a).

Relativamente à Consulta de *Follow-Up*, esta é uma estratégia essencial e dinamizadora da avaliação das consequências do internamento em UCI (Garrouste-Orgeas et al., 2017). Uma transição difícil experienciada pelos doentes que estiveram internados em UCI e sua família é o momento da alta. Os sobreviventes de doença crítica experienciam no período após UCI um decréscimo da função física, prolongamento da dor, decréscimo da função cognitiva devido à perda de memória e lentificação, instabilidade emocional e SPCI. Estes, deparam-se com um longo período em que o auto-cuidado está comprometido, diminuição da qualidade de vida e diminuição da habilidade para voltar à atividade profissional e às atividades de lazer (Lasiter et al., 2016). Os objetivos da Consulta de *Follow-Up* são: assistir a pessoa e a sua família/cuidador na percepção das consequências a curto e longo prazo e de que maneira estas afetam o retorno à atividade profissional e o nível de funcionalidade (Halm, 2019b); educar os pacientes e a família/cuidador sobre os fatores de risco de desenvolvimento de SPCI e quais os seus sintomas, para que estes os reconheçam atempadamente e procurem ajuda (Pettersson et al., 2018) e avaliar as consequências físicas, cognitivas e psicológicas do internamento em UCI.

Um programa completo de Consulta de *Follow-Up* inclui: contactos telefónicos, consulta presencial após o internamento visita à UCI, entrega e discussão de um panfleto acerca da vida após a UCI (Halm, 2019b; Lasiter et al., 2016), onde é reforçada a informação dada na consulta, nomeadamente ao nível de procedimentos ou experiências mais comuns (Kredentser et al., 2018) e referência para diferentes especialidades necessárias (Halm, 2019b). O *timing* para a realização dos contactos telefónicos e das consultas é variável consoante os autores, no entanto é preconizado que a primeira consulta deve ser realizada nos primeiros 2 a 3 meses após a alta e posteriormente entre os 6 e os 12 meses (Halm, 2019b).

A maior parte dos pacientes valorizam a consulta de *Follow-Up* porque os ajudou a ganhar um melhor entendimento do que aconteceu, pois a informação recebida proveniente da consulta é essencial para o doente e a família definirem objetivos realistas e prazos para a sua recuperação (Åkerman & Langius-Eklöf, 2018). Esta teve um efeito positivo na presença de sintomas de SPT nos doentes (Jensen et al., 2015), sobretudo os do sexo feminino, pois estes

têm maior risco de sofrer de trauma associado à hospitalização em UCI (Halm, 2019b). As principais razões para as pessoas faltarem à consulta de *Follow-Up* incluem a falta de energia, doença pessoal ou de familiares, não perceberem a sua importância e problemas com o transporte para a consulta (Jensen et al., 2016). A consulta de *Follow-Up* também deve estar direcionada para as necessidades da família/cuidador, no entanto, na maioria das vezes, esta centra-se apenas nas necessidades do paciente (Bohart et al., 2018).

Para avaliar a presença de consequências psicológicas após o internamento em UCI em contexto de consulta de *Follow-Up*, existem diversas escalas que podem ser utilizadas, nomeadamente a IES-R e a *Postrumatic Stress Symptoms* (PTSS 14) para a avaliação do SPT e a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) para avaliação da Ansiedade e Depressão, sendo de seguida abordada a IES-R (escala no anexo 1) e a HADS (escala no anexo2).

A IES-R foi desenvolvida, na sua primeira versão, em 1979 por Horowitz e os seus colaboradores, tendo mais tarde, em 1997, sido revista por Weiss e Marmar. Esta escala foi inicialmente criada para língua inglesa, tendo posteriormente sido submetida a um processo de adaptação, tradução e verificação para ser concebida a sua versão portuguesa. Esta versão revela alguma sensibilidade na deteção de respostas stressantes e traumáticas advindas de experiências traumáticas, bem como na deteção do risco de desenvolvimento de SPT e na presença de sofrimento associado a essa vivência traumática (Vieira, 2007). Após a revisão da escala, esta ficou constituída por 22 itens, distribuídos por 3 dimensões: intrusão, negação e ativação fisiológica (Vieira, 2007). A intrusão é avaliada através de questões como “surgiram-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando eu não queria” (Vieira, 2007, p.14), a negação através de premissas como “evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento” (Vieira, 2007, p.14) e a ativação fisiológica está relacionada com a presença de sintomas fisiológicos quando a recordação do evento traumático como “tudo o que me fazia recordar o acontecimento causava em mim reações físicas como transpirar, dificuldades em respirar, náuseas e taquicardia” (Vieira, 2007, p.14). A cada uma das 22 questões é atribuído uma pontuação de 1 a 5 (1-nunca, 2-raramente, 3-algumas vezes, 4-muitas vezes, 5-sempre) e, sempre que, a pontuação seja igual ou superior a 24 estamos perante uma pessoa que apresenta sintomas significativos de SPT (Vieira, 2007).

Relativamente à escala HADS, esta foi desenvolvida em 1983 por Zigmond e Snaith (Zigmond & Snaith, 1983) e a sua versão para a língua portuguesa foi validada por Pais-Ribeiro e os seus colaboradores em 2007 (Pais-Ribeiro et al., 2007). Este é um instrumento de fácil compreensão e de aplicação simples e rápida (Milhomens, 2014), avaliando separadamente a ansiedade e depressão através da resposta a 7 itens para cada problema psicológico. Para cada

questão é dada uma pontuação de 0 a 3, sendo o 0 sem gravidade e o 3 de maior gravidade, e quando maior for a pontuação maior é a morbidade psicológica, sendo que um *score* acima de 11 é alvo de preocupação e intervenção (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Fazendo o paralelo entre a teoria do conforto e a temática do PIS, é claro que todas as intervenções de enfermagem explanadas visam a promoção do conforto e bem-estar da pessoa internada e da sua família/cuidador, quer durante o período de internamento ou após a alta. No caso particular das consequências psicológicas após o internamento em UCI, a equipa de saúde pretende que a pessoa e família/cuidador alcancem o estado de tranquilidade e transcendência na sua dimensão física e psico-espiritual.

Após analisarmos a informação referente à concetualização do tema, nomeadamente a teoria de enfermagem subjacente, a sua pertinência no âmbito da qualidade em saúde e segurança dos cuidados e a evidência relativamente à temática, vamos passar para a apreciação dos contextos de estágio.

2. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O plano de estudos deste Mestrado contempla um primeiro Estágio de Enfermagem à PSC com a duração de 6 semanas e o Estágio Final com a duração de 18 semanas. Escolhemos realizar o primeiro estágio num SU MC e o Estágio Final numa UCI, pois é a tipologia de serviço onde exercemos funções como enfermeira de cuidados gerais e é a área onde temos mais interesse em desenvolver e implementar o PIS, elaborar o Relatório Final e por fim, mas mais importante, trazer novos conhecimentos, ideias e projetos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na nossa UCI.

2.1. Serviço De Urgência Médico-Cirúrgica E Temática Desevolvida

De acordo com o Artigo 2 do Despacho n.º 10319/2014 constante no Diário da República, os Serviços de Urgência [SU] foram classificados como Serviço de Urgência Básica, SU MC e Serviço de Urgência Polivalente, respetivamente por ordem crescente de recursos e capacidade de resposta (Ministério da Saúde, 2014). O SU onde decorreu o Estágio 1, pertence a um Centro Hospitalar da região Sul do país e é classificado como um SU MC de acordo com pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência emanados pelo Despacho n.º13427/2015, de 20 de novembro (Diário da República, 2015).

O SU MC onde decorreu o Estágio 1 pertence ao Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos e, a nível da sua estrutura, sofreu reestruturações com as contigências impostas pela pandemia à COVID-19. Na pré-triagem são questionados os utilizadores do SU se apresentaram febre, dispneia ou tosse nos últimos 14 dias; se viajaram para fora do país ou se estiveram em contacto com alguém que tenha testado positivo à COVID-19. Assim, com base nesta avaliação e no motivo de ida ao SU, é contactado o médico que está afeto aos balcões para questionar qual o circuito que é seguido, COVID-19 ou não COVID-19. No posto de triagem é realizada a triagem a todas as pessoas que recorrem ao SU segundo a triagem de Manchester. Se os doentes seguirem o circuito COVID-19, ficam alocados nos contentores provisórios e é aí que é feita toda a abordagem necessária. Com as reestruturações realizadas, a pré-triagem, a triagem e os contentores provisórios estão localizados no exterior do hospital. No interior do edifício encontra-se a sala de reanimação COVID-19 e não COVID 19, sala de espera das pessoas triadas a verdes e azul, sala de realização de zaragatoas ou procedimentos invasivos, sala de respiratórios, balcão de enfermagem para realização de tratamentos, área de

decisão clínica que contempla os doentes internados em internamento geral e balcão de enfermagem para doentes que necessitem de estar deitados em maca, vários balcões de atendimento médico, sala de ortopedia, sala de pequena cirurgia. Este SU tem também o serviço de Via Verde Coronária.

O SU MC é composto uma diversa equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde e conta com especialidades médicas obrigatórias como medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório, imagiologia e patologia clínica. A nível de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, deve assegurar continuamente radiologia convencional, ecografia simples, tomografia computadorizada, análises sanguíneas e gasimetria arterial (Ministério da Saúde, 2014).

O método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem do SU MC é o método de trabalho em equipa, que foi desenvolvido com o objetivo de constituir equipas com elementos com diferentes níveis de formação e conhecimentos lideradas por um enfermeiro que aceita a responsabilidade da tomada de decisão pela gestão da distribuição dos cuidados de forma a maximizar as potencialidades de todos e da aplicação do processo de enfermagem pelos seus pares. Apesar de cada profissional de enfermagem prestar cuidados singularmente, toda a equipa conhece as necessidades e problemas dos doentes pois estes são discutidos em grupo (Parreira, 2005).

Relativamente aos sistemas informáticos utilizados em saúde, estes têm como objetivo suportar os cuidados prestados através do processamento, análise e transmissão de informação necessária à instituição e aos profissionais de saúde, garantido coordenação e transparência nos processos (Tareco, 2015). São vários os sistemas informáticos existentes numa instituição de saúde para permitir o total funcionamento da mesma, no entanto, os utilizados pela equipa de enfermagem no SU MC é o Alert[®], o SClinico[®] e o GHAF^{®1}. O Alert[®] é utilizado para realizar a triagem do doente aquando a chegada ao SU e formalizar o processo de enfermagem em todos os doentes dentro do SU, o SClinico[®] para realizar o processo de enfermagem, registos de enfermagem e consulta de dados do doente aos doentes internados em Internamento Geral no SU e o GHAF[®] é utilizado para visualização da terapêutica prescrita e validação da sua administração.

De acordo com a norma nº 001/2017 de 8/02/2017 emanada pela Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017a) acerca da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, um dos

¹ GHAF - Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia

objetivos delineados pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 é melhorar a prestação segura de cuidados de saúde, e por isso recorre a objetivos estratégicos como o aumento da segurança da comunicação. Segundo a norma supra citada, “A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (DGS, 2017a, p.1).

A sigla ISBAR é uma menenónica de I- *Identify/Identificação*, S- *Situation/Situação*, B- *Background/ Antecedentes Pessoais*, A- *Assessment/Avaliação* e R- *Recommendation/Recomendações* e esta é uma ferramenta de uniformização da comunicação em saúde que tem como objetivo a promoção da segurança do doente em situação de transição de cuidados (DGS, 2017a). A passagem de informação entre profissionais de saúde em momentos de transição de cuidados deve ser considerada como de primordial importância e estes devem assegurar uma comunicação precisa e atempada, contribuindo para a redução da ocorrência de eventos adversos e evitando falhas na transmissão da informação, que podem causar prejuízo na continuidade de cuidados e no tratamento (DGS, 2017a). No SU MC onde decorreu o Estágio 1, os profissionais nele envolvidos utilizam maioritariamente a comunicação pelo método ISBAR e, reconhecem a sua importância para a minimização de potenciais erros no SU, pois este é um serviço em que existe uma grande número de profissionais envolvidos, que tem interação constante com outros serviços do hospital e que apresenta uma grande rotatividade de doentes, pelo que a probabilidade de eventos adversos é maior.

Relativamente à temática abordada no estágio supracitado, a mesma recaiu sobre a Detecção Precoce de Idosos Vítimas de Violência no Serviço de Urgência, pois verificamos que existia carência de conhecimentos acerca da identificação precoce dos sinais de vítimas de violência no SU e a inexistência da utilização de ferramentas de avaliação para deteção de potenciais idosos vítimas de violência. Aliando esta necessidade de formação detetada através da entrevista exploratória não estruturada ao enfermeiro chefe e à enfermeira orientadora, ao facto de que, em média, 1626 idosos foram vítimas de algum tipo de violência (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2020), o SU acaba por ser uma “porta aberta” para a população e recebe muitos idosos diariamente. Assim, emerge a necessidade da identificação precoce dos sinais de potenciais idosos vítimas de violência no SU e, estando o enfermeiro numa posição privilegiada no acesso à privacidade da pessoa, este é o elemento chave para identificar, por vezes nas entrelinhas, idosos que poderão estar numa situação de vulnerabilidade. O EEEMC:PSC, além da competência e perspicácia para a identificação das

situações de violência, tem o dever da capacitação da restante equipa de enfermagem para o mesmo. Posto isto, iniciamos todas as etapas para a realização da FS e da realização da RIL intitulada “Deteção de Idosos Vítimas de Violência no Serviço de Urgência”, e cujo objetivo é a publicação da mesma.

2.2. Unidade De Cuidados Intensivos Neurocríticos E Trauma

O Estágio Final foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos e Trauma [UCI NCT], pertencente a um Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A escolha recaiu sobre o serviço acima mencionado pois o objetivo era escolher um serviço mais diferenciado, com especialidades médicas e cirúrgicas que o Centro Hospitalar onde exercemos funções não tem e com a possibilidade de assistirmos/colaborarmos com a execução de procedimentos e cuidados que não é possível na nossa unidade hospitalar.

A UCI NCT tem capacidade para receber 16 doentes divididos por 4 quartos, todos com 4 camas, sendo um desses quartos destinado para receber doentes de nível I e II. Uma unidade de nível I deve ter capacidade de resposta para monitorização não invasiva, manobras de reanimação cardiopulmonar e de articulação com outras unidades de nível superior. Uma unidade de nível II deve ter capacidade para monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, no entanto pode não garantir continuamente o acesso a meios de diagnóstico e a todas as especialidades médicas, tendo por isso de ter capacidade de articulação com um nível superior de diferenciação (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). O rácio enfermeiro/doente para uma unidade de nível I e II recomendado pelo Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019 nº 184), é de 1 enfermeiro para 3 e 2 doentes respetivamente (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Na UCI NCT o rácio é de 1 enfermeiro para 4 doentes, não cumprindo o anteriormente recomendado.

Os outros 3 quartos da UCI NCT são para doentes de nível III e, sendo uma unidade de nível III, deve ser constituída por médicos intensivistas em presença física durante 24 horas, ter capacidade para aceder aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e implementar medidas de controlo da qualidade e de ensino (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). O rácio enfermeiro/doente na UCI NCT para doentes de nível III é de 1 enfermeiro para 2 doentes e, segundo o regulamento supracitado, deverá ser de 1 enfermeiro para 1 doente, não cumprindo então, neste caso, o rácio enfermeiro/doente recomendado.

A equipa de enfermagem da UCI NCT é constituída por 69 enfermeiros. Dos 69 enfermeiros, 67 são elementos na prestação direta de cuidados e os outros elementos são a enfermeira chefe e sub-chefe. No total 8 enfermeiros são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; 7 são EEEMC e, dos quais, 4 são EEEMC:PSC e, 3 elementos estão a terminar o percurso académico para serem EEEMC:PSC. À luz do Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019 nº 184 emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2019b), a equipa de enfermagem de uma UCI deve ter cerca de 50% de EEEMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC em permanência 24 horas. Atualmente, a UCI NCT não cumpre esta recomendação.

Para além dos enfermeiros, constituem a equipa multidisciplinar da UCI NCT médicos, assistentes operacionais e 1 administrativa. Apesar de pertencerem a serviços externos à UCI NCT, colaboram com o mesmo 1 fisioterapeuta todos os dias nos turnos da manhã e 1 psicóloga sempre que necessário. É muito importante que a equipa de enfermagem tenha uma interação eficaz com a restante equipa multidisciplinar, para que, os cuidados prestados, idealmente holísticos, atinjam o objetivo esperado. Além do referido, o enfermeiro é uma das classes profissionais que detém de mais tempo junto da pessoa e da família/cuidador e, por isso, é aquele que mais precocemente consegue detetar eventuais alterações e comunicá-las à restante equipa multidisciplinar para que o plano de cuidados seja revisto e atualizado por todos, aumentando a qualidade e segurança dos cuidados e consequentemente a produtividade (Fontes et al., 2017).

A unidade de cada doente de nível III é composta por: ventilador, monitor com capacidade para monitorização invasiva, aspirador, sondas de aspiração, sondas de aspiração rígidas tipo *yankauer*, rampa de oxigénio, seringas infusoras, bombas infusoras, bomba de nutrição entérica, insuflador manual e máscara facial, e outros consumíveis como seringas, cloreto de sódio 0,9% em unidoses, compressas esterilizadas e não esterilizadas, eléctrodos, adesivos, água destilada para limpeza das sondas de aspiração. As unidades de nível I são compostas maioritariamente pelos mesmos equipamentos e consumíveis à exceção do ventilador.

A nível estrutural, as UCI, devem conter área de cuidados para nível II e III; acesso fácil e célere ao SU, mais particularmente com a Sala de Emergência; áreas de apoio como o secretariado, sala de informações aos familiares, vestiários, quarto médico, sala de descanso, copa, área de armazenamento de material e equipamento, gabinetes de enfermagem e médicos e área de preparação de terapêutica; quartos de isolamento com pressão negativa e positiva; definição clara de áreas e circuitos de circulação tanto para profissionais, doentes e

visitantes, como para a saída dos resíduos hospitalares e entrada de material limpo (Paiva et al., 2016). A UCI NCT cumpre todas as indicações supra citadas.

O método de trabalho adoptado pela equipa da UCI NCT é o método de trabalho individual. Este centra a sua atenção nas necessidades dos doentes e no valor da individualização dos cuidados, através da distribuição de cada doente para um enfermeiro em particular, responsabilizando-se este, durante o seu turno de trabalho, por avaliar e coordenar todos os cuidados, tornando o processo de enfermagem mais personalizado, consequência do melhor conhecimento do doente nesse turno (Costa, 1999).

No que respeita ao método de comunicação na transição de cuidados, os enfermeiros da UCI NCT adoptam também o método ISBAR, pela questão da minimização da ocorrência de potenciais eventos adversos descritos anteriormente.

Os sistemas informáticos utilizados na UCI NCT são o SClinico® e o GHAF®. O primeiro é utilizado para a elaboração do processo de enfermagem, registos de enfermagem e consulta de registos por parte de outros serviços hospitalares e profissionais de saúde, e o segundo para consulta e validação da terapêutica prescrita e administrada.

Diariamente, é calculado a carga de trabalho de enfermagem, utilizando uma ferramenta importante em cuidados intensivos, o instrumento *Therapeutic Intervention Scoring System-28*. Este tem como objetivo relacionar o seu *score* com a complexidade do doente, grau de invasividade das intervenções e as horas de cuidados de enfermagem que são necessárias. São avaliados 28 itens, subdivididos em 7 categorias distintas: atividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas (Seker et al., 2017).

Durante o Estágio Final foi elaborado um PIS e no próximo capítulo iremos abordar a sua realização seguindo as etapas da metodologia de projeto.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

É imposto à classe profissional de Enfermagem um nível de conhecimentos cada vez mais diferenciado, complexo e rigoroso, para que seja atingida a excelência do cuidar na prática clínica (Nunes, 2016). A formação dos profissionais de saúde tem como objetivo o aperfeiçoamento da técnica e a aquisição de conhecimentos especializados, fator que, em muito, tem contribuído para o aparecimento de muitas alterações no contexto acadêmico e prático (Costa et al., 2015). Esta pretende que os enfermeiros sejam o mais competentes possível para responder às modificações da atualidade, responder às necessidades de saúde de uma população tendo em conta todos os aspetos nela inerentes, tais como a individualidade de cada pessoa bem como os aspetos ético-legais (Brito et al., 2018). Segundo Rego et al. (2015), a formação pode ser definida como um conjunto de experiências de aprendizagem planeadas por uma organização, com o objetivo de incrementar uma mudança nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais. De acordo com o mesmo autor, a formação destina-se a obter resultados em três áreas do saber: *saber saber*, ressaltando a aquisição e melhoria de conhecimentos gerais e específicos para o exercício das suas funções, assim como capacidades cognitivas; *saber fazer*, onde sobressai a aquisição e melhoria de capacidades motoras, e competências necessárias para um bom desempenho; *saber ser*, permitindo a aquisição e melhoria de atitudes, comportamentos adequados à função e às necessidades da organização. Com estas novas perspetivas, cada profissional é considerado como agente responsável pela sua própria formação, que interagindo nas suas experiências pessoais e no seu contexto de trabalho, transformam a sua aprendizagem e o seu conhecimento.

A Formação em Serviço [FS] pode ser entendida como as atividades que os profissionais, dentro do seu contexto de trabalho, desenvolvem para contribuir para a melhoria do seu desempenho e conseqüentemente da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Através desta, é observável a dualidade que os enfermeiros experimentam no confronto entre o real e o ideal, fator que deve contribuir para o desenvolvimento do pensamento crítico e sempre que possível e os recursos o permitam, uma mudança de comportamento. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2014), no seu regulamento nº 515/2014 de 14 de novembro, a idoneidade formativa dos contextos da prática clínica salienta vários aspetos, tais como: a importância da continuidade da formação, a existência de enfermeiros responsáveis pela formação, a existência de planos de formação anuais e implementados com critérios estratégicos e adequados ao serviço, aos formadores e aos respetivos formandos. A FS assenta

sempre na premissa de constante desenvolvimento profissional e de constante melhoria de cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

No decorrer do Estágio Final elaboramos um PIS com uma temática que fosse uma necessidade de formação e de intervenção do contexto em causa. A realização do mesmo seguiu a sequência de etapas da metodologia de projeto, sendo elas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação de resultados (Ruivo et al., 2010).

3.1. Diagnóstico De Situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto (Imperatori & Giraldes, 1982; Ruivo et al., 2010) e remete-se à identificação das necessidades formativas de um determinado contexto (Imperatori & Giraldes, 1982). Os diagnósticos de situação devem abranger vários setores para garantir a possibilidade de identificação das necessidades concretas da equipa de enfermagem e devem ser analisados para se entender a origem das respetivas necessidades formativas. Estes acabam por ser o início de um processo, no qual a equipa, ou os seus supervisores, reconhecem as dificuldades e necessidades sentidas para, posteriormente, serem alvo de planeamento de ações formativas. De acordo com Tavares (1992), os diagnósticos de situação devem ser suficientemente alargados, aprofundados, sucintos e suficientemente claros. Este processo tem como objetivo impulsionar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e revela-se como uma ferramenta de desenvolvimento dos profissionais de enfermagem, de forma individual e coletiva.

Na etapa do diagnóstico de situação procedemos à realização de uma entrevista exploratória não estruturada com a enfermeira chefe da UCI NCT e enfermeira orientadora do Estágio Final. A entrevista é o formato mais comum de colheita de dados na pesquisa qualitativa, sendo a entrevista não estruturada aquela que é comumente utilizada na realização de trabalho de campo na área da saúde. Esta tem como objetivo reunir informações detalhadas e, por se assemelhar a uma conversa informal, não tem um guião de questões e permite que os entrevistados se expressem de acordo com as suas necessidades. As respostas podem ser enviesadas para os interesses do entrevistador consoante a maneira que este conduzir e controlar a entrevista (Jamshed, 2014). Para nos auxiliar na realização das entrevistas foi seguido um conjunto de tópicos acerca da caracterização sócio-demográfica da equipa de enfermagem, nomeadamente ao nível do sexo, idade, número de anos de

experiência profissional e de experiência profissional em UCI e grau de formação académica. Foi também averiguado o nível dos conhecimentos prévios sobre a temática e se a equipa a considerava pertinente e alvo de necessidade de formação.

Após a colheita de dados, percebemos em conjunto com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora que o SPT vivenciado pela pessoa internada em UCI e a sua família/cuidador era uma temática que ainda carecia de intervenção, nomeadamente ao nível das estratégias que visam a sua prevenção.

Após as referidas entrevistas e de identificada a temática a ser trabalhada, foram posteriormente realizadas várias entrevistas não estruturadas nos momentos após a passagem de turno a 31 enfermeiros acerca da necessidade que eles sentiam, ou não, de formação na temática proposta. Após as entrevistas, foi-nos possível perceber que:

- Cerca de 8 dos entrevistados não sabia o que era o SPT;
- Nenhum dos entrevistados tinha conhecimento da percentagem de doentes que sofrem de sintomas de SPT após a alta;
- A maioria dos entrevistados considera a prevenção da ocorrência de SPT um foco de atenção em enfermagem;
- Cerca de 10 dos entrevistados sabia que medidas adoptar para prevenir a ocorrência de SPT;
- Todos os entrevistados consideram pertinente e necessária a formação da equipa nessa temática.

Posteriormente à entrevista e à análise dos questionários, foi elaborada a análise SWOT (acrónimo de *Strengths, Weaknesses, Threats e Opportunities*). Esta é uma ferramenta criada em 1960 por Albert Humphrey, e nela estão explanadas as forças, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças (Leite & Gasparotto, 2018). As forças e fraquezas estão relacionadas ao ambiente interno e podem ser geridas e controladas pela instituição. As oportunidades e as ameaças estão relacionadas com o ambiente externo e, por essa razão, não podem ser controladas pela instituição (Ruivo et al., 2010). Esta ferramenta de análise tem a capacidade de organizar as informações de forma simplificada, em uma única tabela, e permitiu que nos confrontássemos com os “prós e contras” internos e externos à temática escolhida e ao contexto da realização do projeto (Leite & Gasparotto, 2018). Na tabela seguinte podemos observar a SWOT realizada.

Quadro 1 - Análise SWOT

	Fatores positivos	Fatores negativos
Fatores internos	<p>S - Strengths</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação da problemática por parte da enfermeira chefe e da enfermeira orientadora - Equipa jovem e com interesse pelo tema - Desconhecimento por parte da equipa das medidas a adoptar para prevenção do SPT 	<p>W - Weaknesses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renovação recente da equipa (temática que acaba por não ser prioritária numa fase precoce em UCI)
Fatores externos	<p>O - Opportunities</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elevado número de casos de pessoas com SPT a nível nacional/internacional - Problemática com preocupação crescente na área da medicina intensiva - Instituição com programas de qualidade implementados 	<p>T - Threats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situação pandémica

Fonte: Elaboração própria

3.2. Definição De Objetivos

Alcançado o diagnóstico de situação, a segunda etapa da metodologia de projeto é a definição dos objetivos. Esta etapa é muito importante, pois é mediante uma correta definição de objetivos que se pode realizar a apreciação dos resultados atingidos (Imperatori & Giraldes, 1982).

Os objetivos definem quais os resultados que pretendemos alcançar, dividem-se em gerais e específicos e são um ponto fulcral no processo de desenvolvimento de um projeto. Os objetivos gerais definem aquilo que o investigador deverá estar apto a realizar após o desenvolvimento do projecto e os objetivos específicos indicam as habilidades a adquirir durante o percurso (Ruivo et al., 2010). A definição de um objetivo deve obedecer a características estruturais para garantir a solidez do mesmo, nomeadamente ser pertinente, preciso, realizável e mensurável (Tavares, 1992).

O objetivo geral para o PIS é:

- Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem na prevenção do SPT na UCI NCT

Os objetivos específicos para o PIS são:

- Realizar uma Revisão Sistemática da Literatura [RSL] sobre o efeito do DPI em UCI na prevenção de distúrbio de SPT;
- Elaborar uma proposta de guia orientador para realização do DPI na UCI NCT;
- Realizar um dossier temático com informação pertinente e atualizada sobre a temática;
- Realizar formação à equipa de enfermagem sobre a temática do SPT.

3.3. Planeamento, Execução e Avaliação

É na terceira fase da metodologia de projeto, o planeamento, que se definem quais as atividades e estratégias a desenvolver, os meios, a metodologia de pesquisa e o cronograma dessas atividades, de forma a conseguir atingir cada objetivo específico e, deste modo, dar resposta ao objetivo geral (Ruivo et al., 2010). O PIS foi concebido para ser implementado no

espaço de tempo em que decorre o Estágio Final, sendo este de cerca de 18 semanas. Foi elaborado um cronograma para determinar em que datas se preconizou realizar determinadas atividades. O cronograma de atividades é um gráfico de duas variáveis, o tempo e as atividades, cujo benefício é a possibilidade de observar em simultâneo todas as atividades que integram o projeto e distribuí-las pelo espaço de tempo disponível. Assim permite perceber se existe algum período de maior sobrecarga ou se existe algum atraso na realização das tarefas relativamente ao inicialmente planeado (Imperatori & Giraldes, 1982). O cronograma inicialmente proposto para realização deste PIS, bem como o cronograma final, encontram-se em simultâneo na mesma tabela, no apêndice 1.

A etapa da execução é a fase onde se procede à realização do que foi previamente planeado. A transição da ideia planeada para a ação realizada pode conduzir a alguns obstáculos que colocam à prova as capacidades dos intervenientes no processo e potencializar as suas competências (Nogueira, 2005 citado por Ruivo et al., 2010). Durante a execução do PIS, foi realizada uma extensa e aprofundada pesquisa da melhor e mais recente evidência científica, em diferentes bases de dados, sobre a temática a ser abordada. Esta culminou na realização da RSL, na elaboração do guia orientador para a realização do DPI em UCI, na realização do plano de sessão formativa e na realização da apresentação da sessão formativa na plataforma PREZI. Todos os artigos consultados para a realização do PIS e todos os documentos produzidos no decorrer no Estágio Final, foram compilados na realização de um dossier temático que ficou no serviço onde decorreu o mesmo.

Com o intuito de simplificar a análise do planeamento, execução e avaliação do PIS, optamos por apresentar todas as etapas supracitadas em simultâneo em formato de tabela, nomeadamente das tabelas 2 à 6, que se encontram no decorrer desta subsecção.

Quadro 2 - Planeamento do Projeto

Planeamento do Projeto	
Estudante: Ana Sofia Correia	Orientador clínico: Enf ^a Alexandra Silveira Orientador Pedagógico: Prof ^a Alice Ruivo
Instituição: Centro Hospitalar Lisboa e Vale do Tejo	Serviço: UCI NCT
Título do Projeto: Intervenção de Enfermagem Especializada na Prevenção do <i>Stress</i> Pós Traumático na Pessoa/Família em Situação Crítica internada em UCI	
<p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem na prevenção do SPT na UCINCT <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Realizar uma Revisão Sistemática da Literatura [RSL] sobre o efeito do DPI em UCI na prevenção de distúrbio de SPT • 2. Elaborar uma proposta de guia orientador para realização do DPI na UCI NCT • 3. Realizar um dossier temático com informação pertinente e atualizada sobre a temática • 4. Realizar formação à equipa de enfermagem sobre a temática do SPT 	
<p>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</p> <p>Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Orientador, Enfermeiros Chefes de Equipa e restantes elementos das equipas</p>	

Fonte: Elaboração própria

Quadro 3 - Planeamento, execução e avaliação do objetivo específico 1

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Realizar uma Revisão Sistemática da Literatura	Pesquisa bibliográfica Seleção de artigos Avaliação da qualidade dos artigos Síntese dos resultados Construção da RSL (Apêndice 2)	Enfermeira Orientadora Professora Orientadora	Computador Base de Dados	Ver cronograma	Apresenta a RSL Envio para publicação

Execução e avaliação: De acordo com Chandler et al. (2017), uma RSL tem como objetivo reunir toda a evidência científica existente acerca de uma questão-problema bem definida. Esta cumpre critérios de elegibilidade pré definidos pelo autor e como é fruto do resumo de estudos primários relevantes, avalia a qualidade desses estudos, extraindo e sintetizando os seus resultados. As RSL são consideradas evidência científica de qualidade superior, fornecendo resultados confiáveis, a partir dos quais, conclusões podem ser retiradas (Donato & Donato, 2019). Uma RSL deve cumprir 4 requisitos, sendo eles: exaustividade, pois toda a evidência científica disponível deve ser incluída; rigor metodológico no cumprimento e documentação das etapas da sua elaboração; definição de uma estratégia

de pesquisa com alta sensibilidade para a temática e devem estar envolvidos mais do que 1 investigador para a triagem de estudos e extração de resultados (Donato & Donato, 2019). Na elaboração de uma RSL e, com o intuito de cumprir os 4 requisitos anteriormente expostos, esta deve cumprir uma sequência de 9 etapas, que devem estar explicitamente descritas na revisão, sendo elas: formulação da questão de investigação, produção de um protocolo de investigação, definição dos critérios de inclusão e de exclusão, desenvolvimento de uma estratégia de pesquisa da literatura, seleção dos estudos, avaliação da qualidade dos estudos; extração dos dados; síntese dos dados e avaliação da qualidade da evidência e por fim disseminação dos resultados. Todos estes passos têm de ser explicitamente descritos na revisão (Donato & Donato, 2019).

A pergunta de investigação foi elaborada segundo a metodologia PICO (População, Intervenção, Comparação e Outcomes). A população é o doente internado em UCI, a intervenção é a realização do DPI em UCI, a comparação é com a não realização do DPI e o *outcome* é a prevenção da ocorrência de SPT na pessoa e família, sendo que a pergunta realizada foi “Será a realização do DPI na UCI eficaz na prevenção do transtorno de SPT na Pessoa e família?”. Os objetivos com a realização desta RSL, além de dar resposta à pergunta PICO formulada, pretende ainda identificar as vantagens da utilização do DPI na Pessoa e família, conhecer outras estratégias que aliadas ao DPI potenciam o seu efeito, perceber em que medida é que o DPI ajuda na prevenção de sintomas de SPT e perceber se o DPI é um projeto factível. Os objetivos com a realização desta RSL, além de dar resposta à pergunta PICO formulada, pretende ainda identificar as vantagens da utilização do DPI na Pessoa e família, conhecer outras estratégias que aliadas ao DPI potenciam o seu efeito, perceber em que medida é que o DPI ajuda na prevenção de sintomas de SPT e perceber se o DPI é um projeto factível. Foram obtidos 50 artigos, aos quais foram aplicados critérios de exclusão, primeiramente após a leitura do título, depois do resumo e por fim da leitura integral dos mesmos. O processo de análise de estudos terminou com 5 artigos incluídos nesta revisão sistemática da literatura. Foi realizada a classificação do nível de evidência e força de recomendação de cada estudo segundo as orientações de Joanna Briggs Institute, bem como realizado os Critical Appraisal Tools a cada estudo, seguindo as mesmas recomendações acima mencionadas. Foi elaborada uma tabela resumo de extração de resultados e discutidos os resultados obtidos.

Todas as atividades foram realizadas no período de tempo que consta no cronograma (Apêndice 1), tendo havido alguma discrepância entre o planeado e o realizado devido à gestão do horário profissional, de estágio e realização em simultâneo de outros trabalhos.

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4 - Planeamento, execução e avaliação do objetivo específico 2

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Elaborar uma proposta de guia orientador para realização do DPI na UCI NCT	<p>Pesquisa bibliográfica</p> <p>Elaboração da versão 1 da proposta</p> <p>Recolha de sugestões da enfermeira orientadora e professora orientadora</p> <p>Integração das sugestões na versão final (Apêndice 3)</p>	<p>Enfermeira Orientadora</p> <p>Enfermeira Chefe</p> <p>Professora Orientadora</p>	<p>Computador</p> <p>Base de Dados</p>	<p>Ver cronograma</p>	<p>Apresenta a proposta de guia orientador</p>
<p>Execução e avaliação: No processo da realização dos diagnósticos de enfermagem e na fase de implementação das respetivas intervenções, o enfermeiro deve nelas incorporar os resultados da investigação científica. Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, emanados pela Ordem dos Enfermeiros (2001, p.11), “(...) reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros(...)”. Desta forma, destaca-se a pertinência da elaboração de um guia orientador para a realização do DPI em UCI na UCI NCT, fomentando na equipa multidisciplinar a PBE.</p>					

O guia orientador para a realização do DPI em UCI tem como objetivo geral melhorar a qualidade dos cuidados prestados à Pessoa e família e como objetivos específicos envolver a família e visitas na hospitalização da Pessoa internada em UCI e prevenir as consequências psicológicas do internamento em UCI na Pessoa e família.

Para a construção do guia orientador para a realização do DPI em UCI foram consultados artigos provenientes da pesquisa bibliográfica efetuada, exemplos de guias orientadores de outras instituições e realizada uma entrevista exploratória não estruturada a um enfermeiro pertencente a uma UCI de outra instituição, onde se realiza o DPI em UCI, com o intuito de conhecer o protocolo nela instituído e o feedback dos doentes e da equipa de saúde à realização do mesmo. Foi também necessária a colaboração da enfermeira orientadora e da enfermeira chefe para adaptar as intervenções sugeridas nos estudos consultados à equipa e à realidade da UCI NCT.

Todas as atividades foram realizadas no período de tempo que consta no cronograma (Apêndice 1), tendo havido discrepância entre o planeado e o realizado devido à gestão do horário profissional, de estágio e realização em simultâneo de outros trabalhos.

Fonte: Elaboração própria

Quadro 5 - Planeamento, execução e avaliação do objetivo específico 3

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Realizar um dossier temático com informação pertinente e atualizada sobre a temática	Pesquisa bibliográfica Seleção da bibliografia Pesquisa de escalas de avaliação de SPCI Pedido de autorização para utilização das escalas Construção do dossier em suporte papel	Professora Orientadora Enfermeira Orientadora	Computador Base de Dados Dossier Impressora Papel	Ver cronogram a	Apresenta o dossier temático
<p>Execução e avaliação: O Dossier Temático é um arquivo de documentos sobre uma determinada temática e pode ser de cariz pedagógico, profissional ou de utilização livre. Este deve primar pela consulta rápida e fácil, pela qualidade e atualidade dos documentos nele constante e pela análise crítico-reflexiva realizada aos mesmos (Cerqueira et al., 2014). A realização deste permitiu que fossem compilados os resultados das pesquisas efetuadas nas bases de dados e que sustentaram a realização do PIS e da RSL. Consideramos que o dossier temático é um instrumento de trabalho importante pois permite que a</p>					

consulta da informação seja mais eficiente, fomentando ainda a atualização dos conhecimentos, pois é uma ferramenta dinâmica que permite uma constante atualização ao se ir acrescentando documentos.

Todas as atividades foram realizadas no período de tempo que consta no cronograma (Apêndice 1), tendo havido discrepância entre o planejado e o realizado devido à gestão do horário profissional, de estágio e realização em simultâneo de outros trabalhos.

Fonte: Elaboração própria

Quadro 6 - Planeamento, execução e avaliação do objetivo específico 4

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Realizar formação à equipa de enfermagem sobre a temática do SPT	<p>Pesquisa bibliográfica</p> <p>Elaboração da apresentação em Prezi</p> <p>Elaboração do Plano da sessão de formação (Apêndice 4)</p> <p>Divulgação da sessão de formação (Apêndice 5)</p> <p>Avaliação da formação através de um questionário</p>	<p>Professora Orientadora</p> <p>Enfermeira Orientadora</p> <p>Enfermeira Chefe</p> <p>Equipa de Enfermagem</p>	<p>Computador e televisão</p>	<p>Ver cronograma</p>	<p>Apresenta o Prezi de suporte à sessão de formação</p> <p>Apresenta o plano de sessão</p> <p>Apresenta a folha de divulgação da sessão</p> <p>Apresenta o questionário de avaliação</p> <p>Que 35% da equipa multidisciplinar assista à formação</p>
<p>Execução e avaliação: A realização da sessão de formação foi realizada na plataforma Prezi e a sua elaboração exigiu uma pesquisa acerca da plataforma bem como</p>					

persistência na aprendizagem da formatação dos diapositivos e das ligações entre eles. A informação constante na apresentação é proveniente da extensa pesquisa bibliográfica efetuada acerca do tema e, com base nesta, na RSL e no guia orientador para a realização do DPI em UCI elaborados. A apresentação foi alvo de alterações provenientes de sugestões da enfermeira orientadora e da professora orientadora até chegar à versão final. O plano da sessão de formação foi apresentado à enfermeira orientadora e professora orientadora e obteve a aprovação das mesmas. Para a divulgação da sessão foi utilizada a minuta adotada pelo serviço em causa.

Todas as atividades foram realizadas no período de tempo que consta no cronograma (Apêndice 1), tendo havido discrepância entre o planeado e o realizado devido à gestão do horário profissional, de estágio e realização em simultâneo de outros trabalhos.

Fonte: Elaboração própria

É na fase da execução que se começa a preparar a avaliação do projeto. Deverá ser realizada uma primeira avaliação ainda na fase de execução e outra no final do projeto, visando esta última a avaliação de todo o processo e do produto final. A avaliação tem como principal objetivo melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia do projeto, tendo em conta o problema identificado *a priori*, os objetivos definidos e os resultados que queremos alcançar. A avaliação deve ser realizada de modo rigoroso e para tal é necessário recorrer a instrumentos de avaliação (Ruivo et al., 2010).

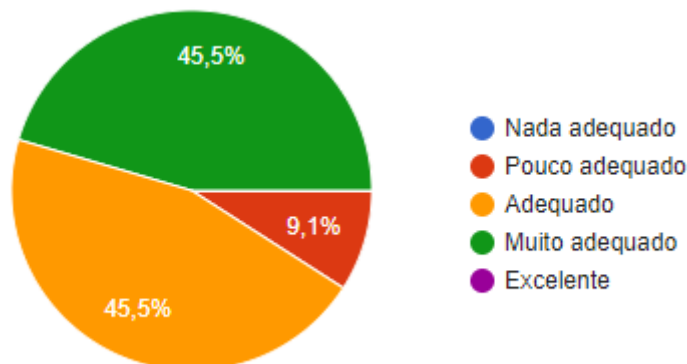
Para avaliação da sessão formativa foi realizado um questionário através da plataforma GOOGLE FORMS® à equipa de enfermagem. Este previa a avaliação da sessão de formação, do formador e dos conhecimentos adquiridos pelos formandos. Foi também fomentada a partilha de opiniões qualitativas para perceber se a sessão formativa correspondeu às expectativas da equipa de enfermagem e se esta o achou uma estratégia para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na UCI NCT.

A ferramenta de realização de questionários online utilizada, traduziu-se como a ideal em vários aspetos, tais como: substituição dos tradicionais questionários em papel (de particular importância sobretudo em época de pandemia), possibilidade dos formandos preencherem mais tarde ou quando tivessem disponibilidade (aspeto facilitador para o formando) e a apresentação automática das respostas em percentagem (aspeto facilitador para o formador). Do total de 27 enfermeiros que assistiram à sessão de formação, responderam ao questionário de avaliação, no total, 11 enfermeiros.

De seguida serão analisadas as respostas às questões efetuadas no questionário supra mencionado, primeiramente aquelas referentes à avaliação da sessão e do formador e depois aquelas relacionadas com os conhecimentos dos formandos após a sessão.

- **Questão 1:** O espaço em que decorreu a formação/ a possibilidade de assistir online foi adequado?

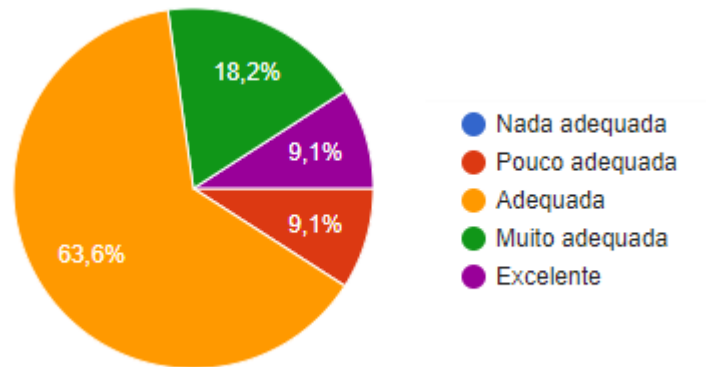
Gráfico 1 - Resultados das respostas à questão 1



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 2:** A duração da sessão de formação foi adequada?

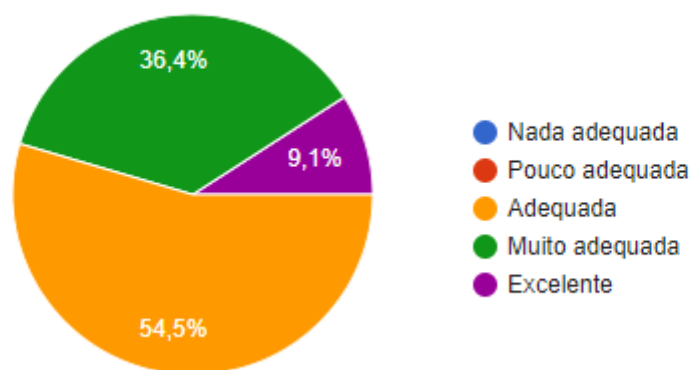
Gráfico 2 - Resultados das respostas à questão 2



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 3:** A gestão dos recursos materiais foi adequada?

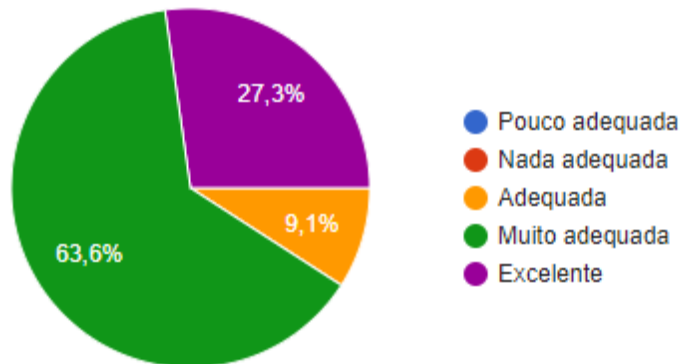
Gráfico 3 - Resultados das respostas à questão 3



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 4:** A formação em serviço foi adequada às minhas necessidades de formação?

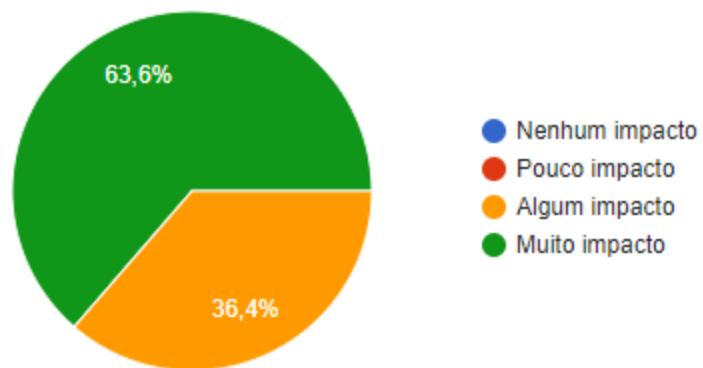
Gráfico 4 - Resultados das respostas à questão 4



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 5:** Os conhecimentos adquiridos vão ter impacto na minha atividade profissional?

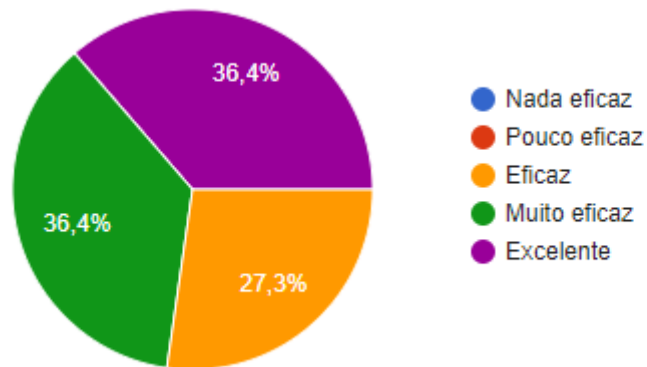
Gráfico 5 - Resultados das respostas à questão 5



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 6:** A articulação do formador entre os diferentes conteúdos temáticos foi eficaz?

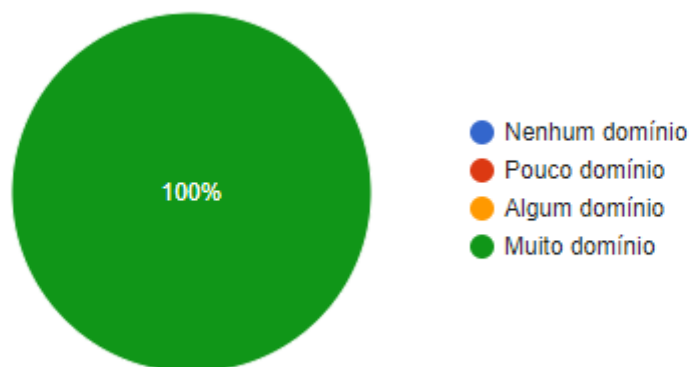
Gráfico 6 - Resultados das respostas à questão 6



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 7:** O formador mostrou ter domínio do tema?

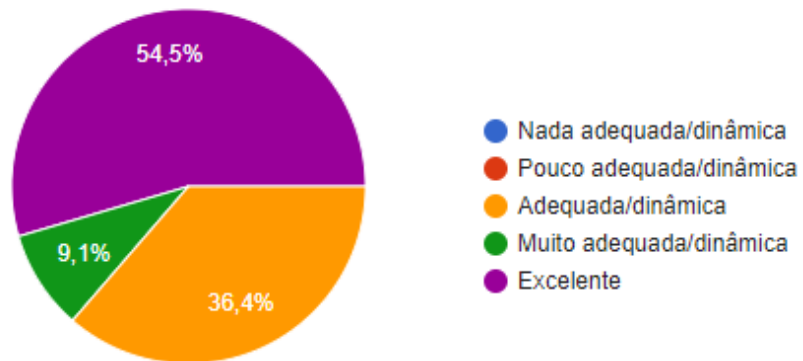
Gráfico 7 - Resultados das respostas à questão 7



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 8:** A interação entre o formador e os formandos foi adequada e dinâmica?

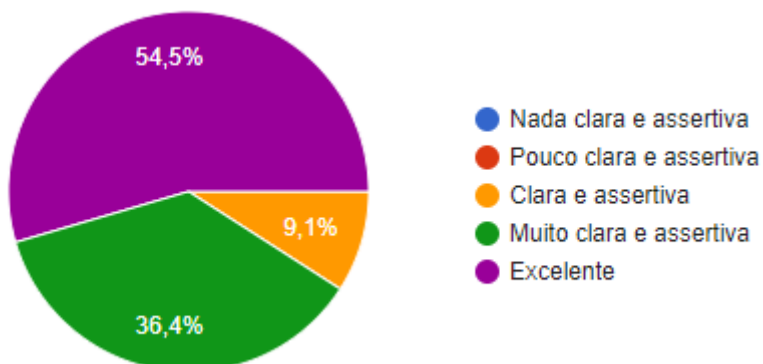
Gráfico 8 - Resultados das respostas à questão 8



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 9:** A linguagem utilizada pelo formador foi clara e assertiva?

Gráfico 9 - Resultados das respostas à questão 9



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 10:** Existiu disponibilidade da formadora/tempo na sessão para esclarecer as questões existentes?

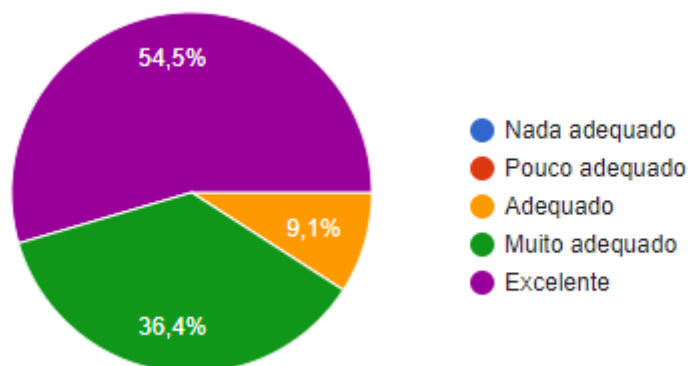
Gráfico 10 - Resultados das respostas à questão 10



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 11:** O conteúdo formativo foi adequado ao tema?

Gráfico 11 - Resultados das respostas à questão 11



Fonte: Adaptado de Google Forms

Análise global das respostas ao questionário de avaliação da sessão e do formador:

Consideramos que a sala onde decorreu a sessão de formação tinha as condições necessárias para a realização da mesma, no entanto, a televisão onde estava projetada a apresentação poderia ser maior e permitir maior visibilidade e leitura da projeção. Relativamente ao facto de também ter sido via plataforma Zoom, apesar de ser uma alternativa recebida com bastante agrado por parte dos formandos, penso que a mesma decorreu com algumas intercorrências a nível da ótica do utilizador, o que pode ter causado algum transtorno a quem assistiu via on-line. Consideramos também que foram utilizados os recursos disponíveis para a apresentação com eficiência.

No que respeita à duração da sessão, a mesma foi planeada para uma duração de 30 minutos no entanto, demorou cerca de 1 hora. Apesar de ter sido excedido o tempo em mais do que o aceitável, consideramos que os formandos estavam motivados e participativos na formação, não dando “pelo tempo passar”.

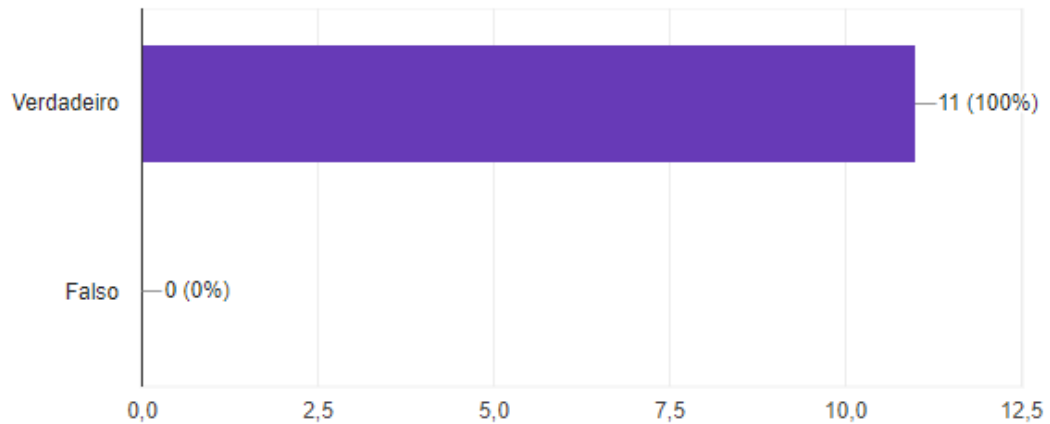
É também possível depreender que o diagnóstico de situação foi bem elaborado e que conseguimos detetar as necessidades de formação da equipa, pois estes estiveram motivados para a formação, que a consideraram útil e importante e, que querem colocar na sua prática clínica diária os conhecimentos adquiridos.

No que toca às capacidades enquanto preletora, os formandos consideram que foi feita uma transição eficaz e eficiente entre os diferentes conteúdos temáticos, que nos expressamos bem na apresentação teórica da temática, que a mensagem foi transmitida com sucesso, que tivemos uma atitude interativa com os formandos que foi adoptada uma linguagem técnico-científica e clara com os formandos. No final da sessão o *feed-back* é que houve disponibilidade para esclarecer todas as questões existentes bem como que foi fomentada a partilha de opiniões e experiências sobre a temática.

Relativamente à avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos formandos, as questões realizadas foram:

- **Questão 12:** A hospitalização em UCI é uma experiência stressante tanto para a Pessoa como para a família, com consequências físicas, cognitivas e psicológicas.

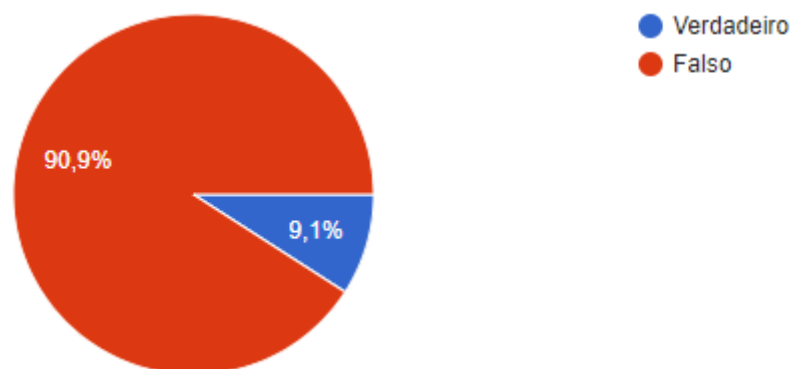
Gráfico 12 - Resultados das respostas à questão 12



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 13:** O Síndrome Pós Cuidados Intensivos é sinónimo de presença de apenas depressão e *Stress* Pós Traumático.

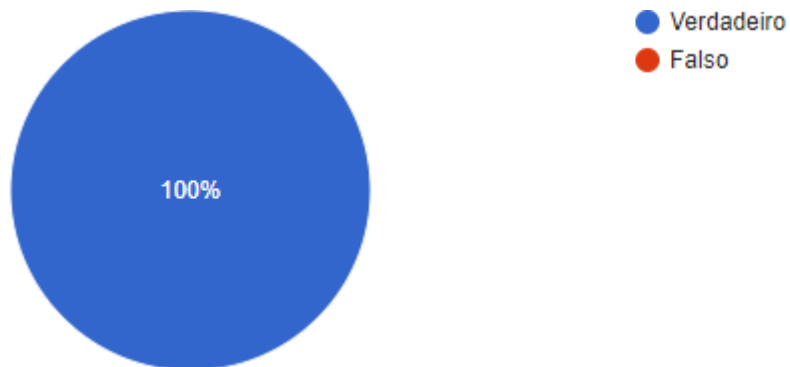
Gráfico 13 - Resultados das respostas à questão 13



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 14:** É importante o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento de *Stress Pós Traumático* para identificar a população mais suscetível e assim adequar as intervenções

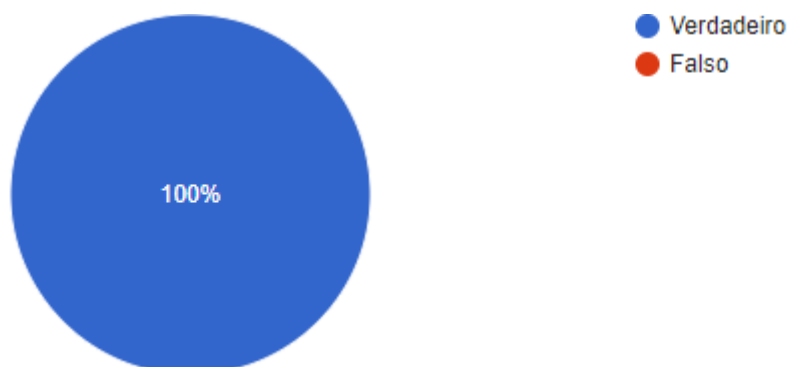
Gráfico 14 - Resultados das respostas à questão 14



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 15:** Algumas das estratégias para prevenção do *Stress Pós Traumático*, podem ser facilmente relembradas pela mnemónica ABCDEF.

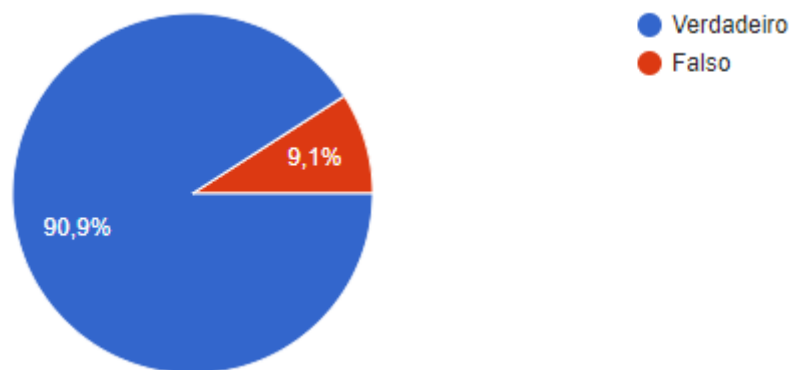
Gráfico 15 - Resultados das respostas à questão 15



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 16:** O pressuposto de atuação do Diário da Pessoa Internada assenta no facto da memória ser um dos mais fortes preditores de disfunção psicológica.

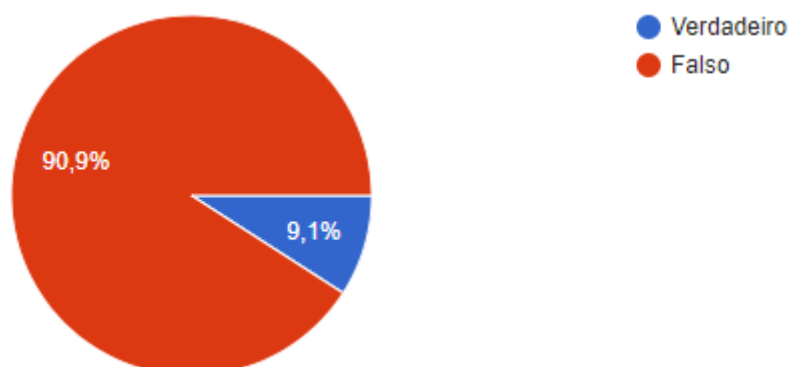
Gráfico 16 - Resultados das respostas à questão 16



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 17:** Não é necessário o cumprimento de guias orientadores para a realização do Diário da Pessoa Internada e cada profissional deve fazê-lo da maneira que achar mais correta.

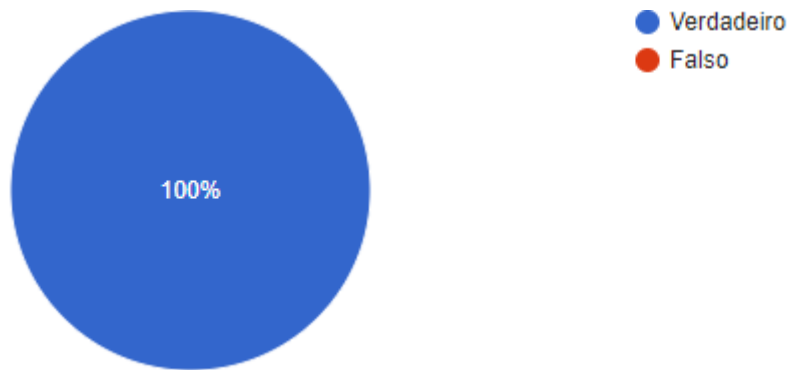
Gráfico 17 - Resultados das respostas à questão 17



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 18:** Um dos objetivos da Consulta de *Follow-Up* é a identificação precoce de Pessoas com sintomas de Síndrome Pós Cuidados Intensivos.

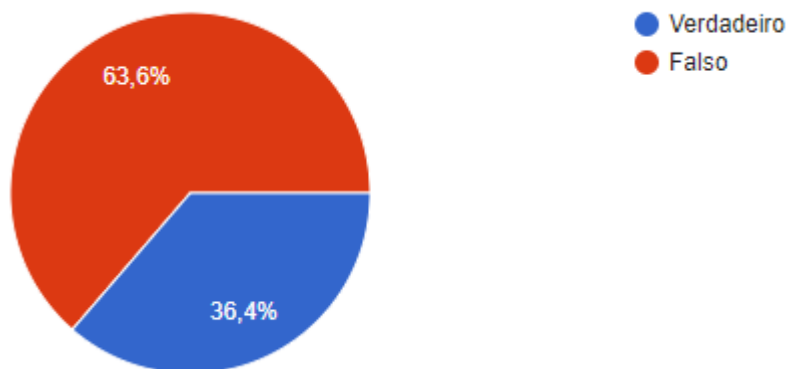
Gráfico 18 - Resultados das respostas à questão 18



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 19:** A Consulta de *Follow-Up* deve ser realizada cerca de 3 a 4 meses após a alta dos Cuidados Intensivos

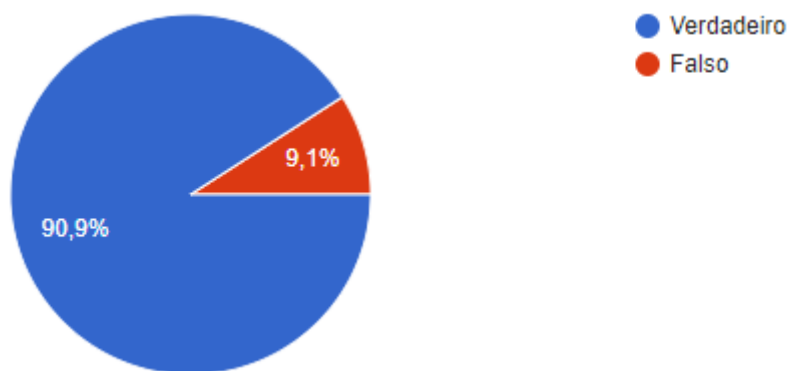
Gráfico 19 - Resultados das respostas à questão 19



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 20:** Na Consulta de *Follow-Up* podemos obter o feedback das Pessoas e familiares aos nossos cuidados.

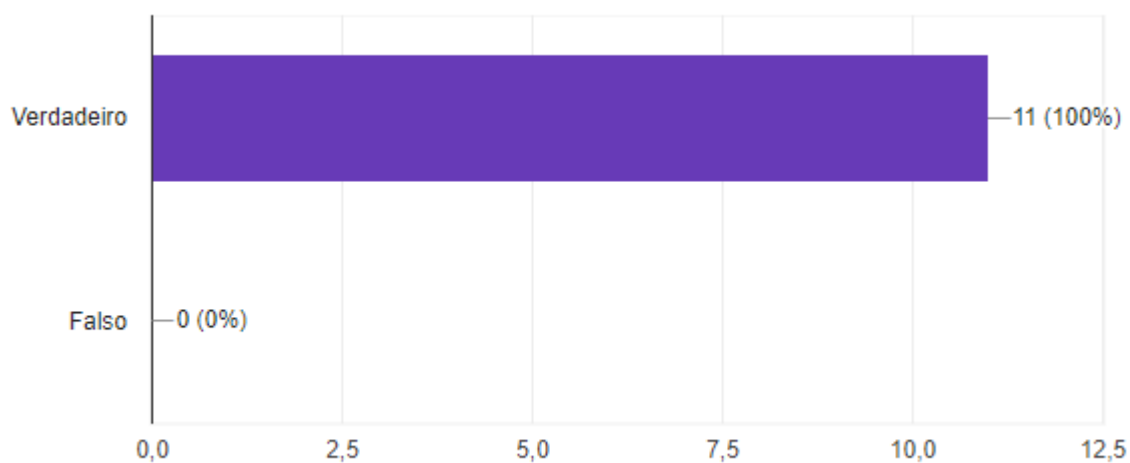
Gráfico 20 - Resultados das respostas à questão 20



Fonte: Adaptado de Google Forms

- **Questão 21:** A *Impact of Event Scale - Revised* é uma escala traduzida e validada para português para avaliar a presença de sintomas de *Stress Pós Traumático*.

Gráfico 21 - Resultados das respostas à questão 21



Fonte: Adaptado de Google Forms

Análise global das respostas ao questionário de avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos formandos: A sessão de formação em serviço foi bem conseguida pois foi atingido um total de 92,7% de respostas corretas [um total de 110 respostas (10 questões a multiplicar por 11 formandos) para 102 respostas corretas]. O projeto teve um impacto positivo na equipa da UCI NCT, ficando a mesma desperta para a importância da temática e das intervenções que visam prevenir o SPT, demonstrando interesse na implementação a curto prazo do DPI na UCI, seguindo a sugestão de guia orientador elaborada, e da consulta de *Follow-Up*. Foi ainda dado como sugestão, posteriormente à implementação do DPI, o desenvolvimento de uma grelha de avaliação para a correta realização do DPI em UCI. A mesma visa auditar a realização do DPI e verificar se esta se encontra de acordo com as guidelines consultadas.

3.4. Divulgação De Resultados

A última fase da metodologia de projeto é a divulgação de resultados. Esta é muito importante porque é quando se dá a conhecer à população a pertinência do projeto e o caminho percorrido até à resolução do diagnóstico de situação existente. Assim, possibilita que haja o conhecimento dos esforços realizados para implementação de determinada intervenção para melhoria da qualidade e excelência dos cuidados, fornece informação científica e serve de exemplo para outros serviços e instituições (Ruivo et al., 2010).

Nesta fase pretendemos transmitir a informação proveniente da pesquisa efetuada para o PIS no nosso contexto de trabalho, para que os pares fiquem a conhecer o projeto desenvolvido, a importância da temática para a PSC e sua família e que, no futuro, implementemos o DPI na UCI onde desempenhamos funções.

A divulgação também foi feita através da sessão de formação realizada na UCI NCT, através deste relatório e da sua apresentação e divulgação pública.

Temos ainda como objetivo efetuar a publicação tanto da RIL realizada no Estágio 1 como da RSL realizada no Estágio Final.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Atualmente o cuidar em enfermagem tem inerente um maior rigor técnico-científico, sendo a diferenciação dos conhecimentos, numa prática especializada, uma realidade cada vez mais enraizada nas várias unidades e contextos de saúde. A Ordem dos Enfermeiros reconhece o título de EE em 6 áreas diferentes, e refere que este “(...) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 4744) e que além de demonstrar um conjunto de competências específicas enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade, é detentor de um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todas as áreas de especialidade e a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Além do referido, este percurso académico, culmina na obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

O desenvolvimento das competências tanto de EE, como de EEEMC:PSC e de Mestre em Enfermagem é um processo contínuo que não termina com o término deste curso. Após adquiridas as referidas competências, estas vão sendo aprimoradas com o desenvolvimento profissional em cada contexto de trabalho à PSC, com o desejo de continuar a investir na formação académica e com o próprio crescimento a nível pessoal.

Esta secção do presente relatório está organizada, em primeiro lugar, pela análise crítico-reflexiva das competências comuns do EE e, posteriormente, das do EEEMC:PSC. Esta análise tem como base todas as oportunidades de aprendizagem vivenciadas ao longo deste percurso académico e nos objetivos e atividades definidas no Projeto de Desenvolvimento de Competências realizado no início do Estágio 1 (Apêndice 6) e Estágio Final (Apêndice 7). Dada a transversalidade das competências de Mestre em Enfermagem com as competências comuns e específicas do EEEMC:PSC, a análise crítico-reflexiva das competências de Mestre em Enfermagem será realizada em simultâneo com comuns e específicas do EEEMC:PSC, sempre que se evidencie semelhanças e congruência entre elas.

À luz da Universidade de Évora (2015), as 7 competências de Mestre em Enfermagem são:

- 1- Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

- 3- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7- Evidencia competências comuns e específicas do EE, na sua área de especialidade (p.27).

4.1. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista E Competências De Mestre

À luz da Ordem dos Enfermeiros (2019a),

As competências comuns são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p. 4745).

As competências comuns do EE estão divididas em 4 domínios de competências, sendo eles o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para cada um destes domínios, nos quadros seguintes, são descritas as respetivas competências (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) e que posteriormente são acompanhadas da respetiva análise crítico-reflexiva.

Quadro 7 - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	Competências de Mestre em Enfermagem
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional</p> <p>A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<p>3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais</p> <p>7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.</p>

Fonte: Elaboração própria

Análise crítico-reflexiva:

Partindo do descritivo de cada competência enunciada no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o EE

(...) demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético -deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4746), bem como “demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4746).

A prática de enfermagem é pautada pela responsabilidade profissional e disciplinar instituída pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], pelo Código Deontológico e pela responsabilidade inerente ao código civil e penal. À luz do REPE “os enfermeiros deverão adoptar

uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 97-98), bem como manter “o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.77).

Para atingir esta competência comum do EE, foi de fulcral importância a UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem e de Relação de Ajuda, onde foram analisadas as componentes ético-deontológicas e legais da prática de enfermagem, bem como realizados trabalhos académicos acerca da análise de casos clínicos numa perspetiva epistemológica, ética, deontológica e legal e de relação terapêutica em enfermagem.

Embora nos contextos dos estágios realizados os cuidados prestados sejam complexos e necessitem de ser eficientes devido à instabilidade inerente à PSC e em que os focos do cuidar são, numa fase inicial, a administração de terapêutica, a correção de desequilíbrios eletrolíticos e metabólicos, a estabilização hemodinâmica e ventilatória, a otimização da volémia e a gestão da dor, não podemos dissociá-los da conduta ética apropriada (Nunes, 2015), mantendo presentes na conduta diária os princípios éticos em cuidados de saúde, sendo eles a beneficência (fazer o bem), não maleficência (não fazer o mal), justiça (igualdade/equitatividade dos cuidados) e respeito pela autonomia (poder de decisão sobre si próprio) (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). De acordo com Lopes & Nunes (1995) um enfermeiro é considerado competente quando é dotado de todos os saberes; o *saber ser*, o *saber fazer* e o *saber saber*; ou seja, quando presta cuidados de enfermagem holísticos tendo em conta a vertente técnico-científica e relacional da profissão, sendo esta última pautada pela humanização dos cuidados; o respeito pelos valores, crenças, vontade e autonomia das decisões.

O estudo realizado por Nunes (2015) teve como objetivo identificar os problemas éticos que, na perspectiva dos enfermeiros, advêm da prestação de cuidados à PSC. As 4 categorias de problemas mais referidas estão associadas à informação, ao acompanhamento em fim de vida, a responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes e a decisão do destinatário dos cuidados (Nunes, 2015). Após a leitura de todas as categorias, subcategorias e unidades de registo enunciadas no estudo acima referido, concluímos que já nos deparamos com algumas das questões referidas pelos colegas que participaram no estudo, nomeadamente aquelas relacionadas com o contexto de UCI, pelo que passamos a analisar uma delas.

Caso: Consentimento informado para realização de procedimentos em doentes sedo-analgesiadados ou inconscientes, como por exemplo a realização de um procedimento cirúrgico.

Análise: Uma intervenção cirúrgica é uma ofensa à integridade física que provoca alteração no corpo da pessoa e uma ofensa à integridade física é considerado crime para o Código Penal Português, classificado como “crime contra a integridade física” no capítulo III do mesmo. No entanto, de acordo com a mesma fonte, se o ato for consentido, este deixa de ser considerado crime.

No caso de uma intervenção cirúrgica, como por exemplo uma traqueostomia, esta é realizada por um profissional qualificado e por isso apenas será realizada para fins diagnósticos e curativos face a doença ou sofrimento, pelo que deixa de ser considerado crime. Tendo isto em conta, e podendo o profissional de saúde tomar a decisão que considerar a melhor para a pessoa, esta deixa de ter autonomia de decidir pelo seu próprio corpo. Face a isto, o Código Penal considera crime qualquer ato que seja realizado contra a liberdade da pessoa sem o seu consentimento e sem para tal existir um esclarecimento adequado. Segundo o ponto 2 do artigo 156º do Decreto-Lei n.º 48/95 do Código Penal, a exceção face ao exposto ocorre quando determinado procedimento ou cirurgia decorre devido a uma emergência ou se no decorrer de uma intervenção surgir a necessidade de realizar outra que não estava consentida.

Analisando a situação perante uma pessoa inconsciente ou sedada, incapaz de tomar decisões, do ponto de vista legal, se for uma situação emergente ou que coloque a vida da pessoa em risco, o clínico pode realizar a intervenção sem ocorrer em nenhum ato ilegal. Do ponto de vista ético, entramos no princípio da autonomia, isto é, só a própria pessoa cabe a decisão do que fazer ou não consigo própria. Se a pessoa não pode tomar decisões, ou na dúvida qual seria a sua decisão, que a decisão acerca do procedimento caiba à pessoa com mais fundamentos científicos para decidir e que está obrigada pelo código ético e deontológico a fazer o bem pela pessoa que cuida, princípio da beneficência, como é o caso dos profissionais de saúde. Ainda que de forma errada, é habitual os profissionais de saúde recorrerem ao familiar para obter o consentimento para determinado procedimento, no entanto, não temos garantias que outra pessoa, ainda que familiar, queira o melhor para a pessoa doente.

Ainda que a decisão de realizar determinado procedimento seja do corpo clínico, os enfermeiros estão diretamente relacionados com as questões ético-legais inerentes, pois somos nós que prestamos os cuidados à pessoa no peri-procedimento e estamos também obrigados a defender a liberdade e dignidade humana, bem como a proteger a vida (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Consideramos que, com o ganho de experiência profissional, as questões relacionadas com a responsabilidade profissional e os princípios éticos vão estando integradas na prática clínica e na prestação de cuidados, já sendo, na sua maioria, indissociáveis. Assim, consideramos que a competência na área do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi atingida com sucesso.

Quadro 8 - Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Domínio da melhoria contínua da qualidade	Competências de Mestre em Enfermagem
<p>B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua</p> <p>B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p>2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência</p> <p>5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais</p> <p>6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular</p> <p>7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.</p>

Fonte: Elaboração própria

Análise crítico-reflexiva:

O gabinete de gestão de programas de qualidade do Centro Hospitalar onde decorreu o Estágio Final tem como missão implementar uma abordagem estruturada, mensurável e auditável que promova junto dos doentes, dos profissionais e da comunidade a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pelo mesmo, integrando as diferentes metodologias da qualidade e apoiando ativamente os processos de melhoria (Política da Qualidade – CH | ██████████, n.d.).

Apesar da responsabilidade pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados recair sobre cada profissional de uma instituição, cabe ao gabinete de gestão da qualidade operacionalizar as estratégias realizadas, nomeadamente escolher as ferramentas de melhoria da qualidade mais adequadas, envolver os profissionais no processo de melhoria da qualidade, comunicar os planos de

melhoria da qualidade às partes interessadas, monitorizar o progresso dos trabalhos de melhoria da qualidade e medir e avaliar as melhorias conseguidas (Política da Qualidade – CH / ██████████, n.d.).

Cada serviço deve trabalhar para alcançar de forma eficaz e eficiente os objetivos de melhoria contínua a que se propõe, devendo para isso avaliar os recursos disponíveis para a realização das melhorias pretendidas, avaliar as competências específicas dos profissionais em matéria de melhoria da qualidade e promover o seu desenvolvimento quando necessário, determinar as ameaças e oportunidades ao processo de melhoria da qualidade no período em análise, atendendo ao contexto interno e externo (Política da Qualidade – CH / ██████████, n.d.).

Para o desenvolvimento desta competência comum do EE foram importantes os conhecimentos adquiridos provenientes das UC's de Gestão em Saúde e Governação Clínica, Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, Investigação em Enfermagem, Enfermagem Médico-Cirúrgica 4 e Formação e Supervisão Clínica. Nestas foram fomentadas a partilha de conhecimentos e experiências, bem como a leitura e análise de documentos importantes para esta temática, nomeadamente a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Ministério da Saúde, 2015a) e o Plano Nacional para a Segurança do Doente (Ministério da Saúde, 2015b). Os trabalhos desenvolvidos nas referidas UC's revelaram-se de extrema importância para os contextos de Estágio e de trabalho, nomeadamente ao nível da implementação da simulação como estratégia de formação em serviço, da literacia em saúde, da construção de uma RSL e também da frequência e aprovação no curso de Suporte Avançado de Vida [SAV] Cardiovascular e de Trauma através do *International Trauma Life Support* [ITLS]. De acordo com o Manual de SAV, emanado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], os conhecimentos técnicos e as competências adquiridas deterioram-se ao fim de 6 meses se não forem atualizados e por isso sugere a necessidade de reavaliação e treino (INEM & DFEM, 2019). Assim prevê-se uma atualização dos conhecimentos e uma oportunidade de praticar a aplicação de algoritmos através da simulação de alta-fidelidade, com o intuito da melhoria da qualidade dos cuidados prestados em situação de emergência.

Nas primeiras semanas do início do Estágio 1 e do Estágio Final, tivemos oportunidade de identificar os principais programas de melhoria em vigor em cada um dos contextos e para cada um deles, tivemos oportunidade de agir no domínio da qualidade e segurança dos cuidados com a construção de uma Formação em Serviço no primeiro estágio e do PIS no segundo e último estágio. Relativamente à temática do PIS, esta enquadra-se no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pois tem como objetivo promover estratégias de segurança e qualidade dos cuidados, promovendo uma recuperação mais rápida e eficiente da pessoa e da família/cuidador internada em UCI, nomeadamente no que diz respeito às consequências psicológicas após o internamento em UCI.

O desenvolvimento do PIS permitiu também o desenvolvimento de uma proposta de norma para realização do DPI em UCI com base na melhor e mais recente evidência científica, sendo enquadrado como um projeto de melhoria contínua. O desenvolvimento do PIS vai ainda ao encontro do descritivo das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente porque o EE “(...) colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4747), bem como “(...) reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4747).

Durante o Estágio Final tivemos ainda oportunidade de assistir a sessões de formação no âmbito da formação contínua em serviço por parte dos enfermeiros da UCI NCT acerca da “Intervenção de enfermagem à pessoa em morte cerebral e manutenção do potencial dador de órgãos” e “Cuidados de enfermagem à pessoa com disfagia”. Estas formações permitiram uma maior fundamentação na prestação de cuidados à PSC, pois são situações comuns numa UCI.

Os EE, enquanto promotores de um ambiente calmo e seguro, devem considerar “(...) a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4747). Assim, devemos manter o local de prestação de cuidados o mais calmo e controlado possível minimizando assim os erros mais suscetíveis de ocorrerem aquando um ambiente desorganizado, intervindo ao nível da identificação do doente através da pulseira de identificação com o nome completo, data de nascimento e número do processo, por extenso e legível; identificação das amostras biológicas colhidas através de sistema de código de barras, identificação de terapêutica e entre outros a preparação da mesma com recurso a material da unidade do doente.

Em suma, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados constitui-se como um pilar na prestação de cuidados do EE e na atitude do mesmo perante a evolução da evidência científica e na formação dos pares.

Tendo por base o acima referido, consideramos que a competência na área do domínio da melhoria contínua da qualidade foi atingida com sucesso.

Quadro 9 - Competências do domínio da gestão dos cuidados

Domínio da gestão dos cuidados	Competências de Mestre em Enfermagem
C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Fonte: Elaboração própria

Análise crítico-reflexiva:

É esperado que o EE execute “(...) a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4748), e que na sua gestão dos cuidados, adeque “(...) os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4748). No caso dos cuidados à PSC, as competências em gestão são de primordial importância, para que nunca faltem recursos materiais para dar resposta a situações de emergência e que os recursos humanos também dêem resposta às mesmas, numa ótica de distribuição dos elementos mais e menos experientes por turno/equipa. É também importante realizar uma correta supervisão da gestão de prioridades realizada pelos pares e também gestão das emoções tão “à flor da pele” quando da PSC se fala.

No sentido de atingir esta competência comum e de refletir sobre o papel do EE enquanto enfermeiro chefe/gestor e enquanto enfermeiro chefe de equipa, foi realizado 1 turno de acompanhamento aos mesmos, ambos do SU MC, local onde decorreu o Estágio 1. Relativamente ao primeiro, este tem como primordial objetivo garantir que o turno decorre com todas as condições de segurança, quer para a equipa de enfermagem quer para os utilizadores do SU MC. Assim, este percorre todos os setores do SU MC para ter uma visão global do serviço, avalia a carga de trabalho em cada um deles para gerir os elementos que tem disponíveis e, se necessário, redistribuí-los; garante a presença de recursos materiais suficientes articulando-se com serviços externos,

nomeadamente os serviços farmacêuticos; gere os recursos humanos a nível da realização de horários, atua como elemento facilitador da comunicação entre os próprios elementos da equipa e, entre estes e os elementos de serviços externos; atua ao nível da gestão de conflitos que possam surgir, promovendo um ambiente calmo e favorável à prestação de cuidados bem como otimiza a qualidade dos cuidados prestados no serviço. Cada enfermeiro chefe e/ou chefe de equipa acaba por adotar um estilo de liderança diferente que, segundo Schneider et al. (2019), pode ser caracterizado como um fenómeno de grupo que contribui para que a realização das tarefas profissionais decorra de maneira harmoniosa, motivando e satisfazendo a equipa. Tanto o estilo democrático como o autocrático têm as suas características específicas, no entanto, os líderes em enfermagem procuram afastar-se de comportamentos autoritários que prejudicam as dinâmicas de grupo (Amestoy et al., 2017), tendo sido esta vertente que pudemos observar durante o turno de acompanhamento ao enfermeiro chefe e chefe de equipa.

Relativamente ao chefe de equipa, em ambos os locais de estágio, estes são maioritariamente EE, tendo por isso lhes sido reconhecidas competências a nível de gestão do serviço e, além disso, são elementos com muita experiência profissional o que lhes permite ser, segundo Patricia Benner, também peritos na área onde exercem funções. De acordo com Benner (2001), o enfermeiro perito é aquele em que a experiência já lhe conferiu capacidades para analisar as situações sem ser com base em princípios analíticos ou regras, mas sim com o uso da sua intuição para resolver problemas de forma prática e eficiente, tendo uma compreensão exímia da realidade global. A experiência em si não se refere apenas ao número de anos a prestar cuidados no mesmo serviço, mas sim ter a capacidade de aliar as noções teóricas às experiências reais (Benner, 2001).

Foi-nos possível observar, durante o turno com o enfermeiro chefe de equipa no SU MC, que este tem os mesmos objetivos do enfermeiro chefe/gestor e que, na sua ausência, é este quem zela pelo normal decorrer o dia de trabalho. Este avalia todas as coisas acima mencionadas para o enfermeiro chefe/gestor e avalia ainda a presença de recursos materiais suficientes ou se necessita de contactar serviços externos, nomeadamente os serviços farmacêuticos ou a lavandaria, no caso de um consumo excessivo de algum recurso material.

Relativamente ao enfermeiro chefe de equipa na UCI NCT, este é um elemento imprescindível para o normal funcionamento da mesma, face ao facto da equipa de enfermagem por turno ser extensa e o facto de não ser uma unidade em estilo *open space*. Estes podem ser fatores não facilitadores da gestão das dinâmicas do serviço nem da comunicação com a equipa. Uma das funções deste elemento na UCI NCT passa por assistir à passagem de turno médica e além de ser um facilitador da transmissão de informação entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, ser parte integrante das tomadas de decisão para o tratamento do doente. No final de cada turno, este

elemento recebe o turno de cada enfermeiro nos cuidados gerais, percebe as alterações e posteriormente comunica-as ao próximo chefe de equipa.

De forma a atingir esta competência comum do EE, foram fulcrais os conhecimentos adquiridos na UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica e o acompanhamento e análise crítica das funções dos enfermeiros gestores e chefes de equipa. Apesar de não termos assumido essa função ativamente, ficamos despertos para a sua importância no contexto do cuidar, estando melhor capacitados para, posteriormente, exercer essa função. Assim, consideramos que a competência na área do domínio da gestão dos cuidados foi atingida com sucesso.

Quadro 10 - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Competências de Mestre em Enfermagem
<p>D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p>	<p>2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência</p> <p>4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida</p> <p>6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular</p> <p>7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade</p>

Fonte: Elaboração própria

Análise crítico-reflexiva:

Consideramos que não existe ninguém mais crítico connosco que nós próprios e, como tal, vivemos num clima de insatisfação por querermos ser sempre mais e melhor. Segundo Phaneuf (2005, p.177) a “auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroacção pelos outros permite-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos actualizarmos”. É esta a premissa que sempre nos acompanhou desde o dia em que ingressamos no curso de licenciatura em enfermagem e é por isso que o desenvolvimento da auto-reflexão e assertividade tem sido uma componente importante e dinâmica do percurso inicialmente como estudante de enfermagem, depois como profissional de enfermagem de cuidados gerais e agora como aluna de mestrado em enfermagem e de especialidade. Findado este percurso, o EE “(...) demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4748)

Analisando o percurso profissional de 7 anos, dos quais 2 anos em contexto de UCI, consideramos que existiu uma notória evolução dos conhecimentos técnico-científicos e humanos, no entanto, primamos por assumir as fragilidades e limitações de conhecimento, trabalhando sempre para os colmatar e elevar a qualidade dos cuidados, sobretudo quando existe uma mudança no ambiente e contexto de cuidados como é o caso de uma mudança de serviço ou um estágio académico.

No âmbito do Estágio 1, existiram vários pontos em que assumimos que não existia tanta preparação técnica e científica, nomeadamente no posto da sala de triagem e sala de emergência. Assim, com o diálogo com a enfermeira orientadora, sempre que possível o nosso posto seria a sala de emergência para assim fazer face às limitações prévias e fomentar o ganho de conhecimentos e confiança. Como já foi referido anteriormente, o local do Estágio Final, foi escolhido por ser uma UCI com um elevado *case mix* de doentes, sendo polivalente, neurocríticos e trauma. Assim, permitiu que contactássemos com uma multiplicidade de situações com as quais não estávamos familiarizados, enriquecendo por isso o percurso académico e profissional. Sempre que possível os doentes com histórias clínicas mais interessantes eram-nos atribuídos, gerando assim uma necessidade de atualização relativamente à prática de cuidados ao doente do foro neurocrítico, vítima de trauma e submetido a técnicas que, na minha unidade hospitalar não são exequíveis como uma cirurgia cardio-torácica, neurocirurgia e entre outros a angiografia cerebral e respetivos

tratamentos endovasculares. Aqui tornou-se imprescindível a revisão de conhecimentos teórico-práticos das UC's de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem e a Enfermagem Médico-Cirúrgica 1 e 2.

Relativamente ao facto do EE ter como responsabilidade a própria atualização de conhecimentos com base na evidência científica mais atual e fomentar essa atitude pró-ativa nos seus pares, o EE "(...) alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4748).

A realização do PIS possibilitou o desenvolvimento de todas as fases de um projeto segundo a metodologia de projeto, a realização da proposta de norma para a realização do DPI em UCI e a realização da RSL permitiram a consolidação de conhecimentos sobre a metodologia de pesquisa e realização de artigos científicos, culminado ambos na melhoria da qualidade dos cuidados através de realização de projetos e intervenções de enfermagem baseadas na evidência. A realização dos mesmos promoveu a mobilização de conhecimentos da UC de Investigação em Enfermagem e de Formação e Supervisão em Enfermagem, pois foi realizada pesquisa de bibliografia através da pesquisa em bases de dados da mais recente evidência científica e realizada uma sessão de formação em serviço baseada nos modelos de aprendizagem e princípios da andragogia.

Ao longo do percurso profissional e académico, no âmbito da formação contínua em serviço, além de termos a oportunidade de participar como formandos em diversas formações em serviço, temos também a oportunidade de participar ativamente como formadores 1 vez por ano e, no contexto do Estágio Final fomos também formadores na apresentação do PIS e em tudo o que lhe está inerente.

Assim, considero que a competência na área do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi atingida com sucesso.

4.2. Competências Específicas De Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica E Competências De Mestre

A intervenção junto da PSC exige um acréscimo de conhecimentos pelo que a incessante procura dos mesmos, numa PBE, revela-se fulcral para a aquisição das competências específicas de EEEMC:PSC. Segundo Larrabee (2011) a prática baseada na evidência é a realização de atitudes ou intervenções fundamentadas na melhor e mais recente evidência científica, nos conhecimentos prévios adquiridos pela experiência profissional e nos valores da pessoa cuidada.

A PSC “(...) é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362). Atendendo à especificidade da PSC, os cuidados de enfermagem que lhes são prestados devem ser altamente qualificados e contínuos, permitindo dar respostas às necessidades encontradas e permitindo manter as funções vitais básicas para prevenir complicações, limitar incapacidades, tendo como objetivo a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os EEEMC:PSC são dotados de competências específicas que lhes permitem dar resposta à multiplicidade de situações com que se deparam ao cuidar da PSC e da sua família/ cuidador, sendo elas:

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359).

De seguida, para cada uma das competências, será realizada a respetiva análise crítico-reflexiva.

Quadro 11 - Competência Específica do EEEMC:PSC a)

Competência Específica do EEEMC:PSC	Competências de Mestre em Enfermagem
a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	<p>1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada</p> <p>7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.</p>

Fonte: Elaboração própria

Análise crítico-reflexiva:

Considerando o descritivo desta competência do EEEMC:PSC, este tem de mobilizar “(...) conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363) dada a complexidade do processo de saúde/doença vivenciado pela pessoa e as respostas que são necessárias providenciar (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, e de forma a alcançar e aprimorar esta competência, foi de fulcral importância os conhecimentos adquiridos nas UC's de Enfermagem Médico-Cirúrgica 1, 2, 3 e 4; de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem, Relação de Ajuda em Enfermagem, o Estudo de Caso realizado no Estágio Final (Apêndice 8) e ambos os estágios realizados.

No que diz respeito à prestação de cuidados à PSC em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e à administração de protocolos terapêuticos complexos, no âmbito dos estágios foi-nos possível prestar cuidados em serviços com elevados recursos e especialidades médicas e com os quais, alguns, não estávamos muito familiarizados, nomeadamente prestar cuidados à pessoa com monitorização invasiva com utilização do cateter PiCCO (*Pulse Contour Cardiac Output*), com drenagem ventricular externa, com sensor de monitorização de pressão intra craniana, com aneurisma cerebral e submetida a neurocirurgia para clipagem ou angiografia para embolização do mesmo, com trauma vertebro-medular, com politrauma e, entre outros, cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardio-torácica. No estágio observacional numa outra UCI do mesmo centro hospitalar da UCI NCT, foi possível também observar os cuidados de enfermagem inerentes à pessoa submetida a técnica de suporte vital por oxigenação por membrana extra corporal ou vulgarmente conhecido por *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* [ECMO]. Através destas experiências, possível perceber quais os cuidados de enfermagem de manutenção de técnicas bastante invasivas e complexas, o que implicou uma dedicação profunda para conseguirmos adquirir o máximo de conhecimentos em pouco tempo. Relativamente a outros cuidados, que apesar de estar familiarizada, foi possível aprimorar e receber críticas construtivas, nomeadamente: na entubação e extubação endotraqueal bem como a manutenção da via aérea pelo tubo orotraqueal ou traqueostomia, na gestão da pessoa sob VMI e ventilação não invasiva, na realização de traqueostomia percutânea e manutenção do estoma, na realização de broncofibroscopia, na gestão da pessoa sob oxigenoterapia de alto fluxo, na colocação e manutenção de cateter venoso central, arterial, de técnica dialítica e epidural, na manutenção da pessoa sob técnica de substituição da função renal, no transporte da PSC no ambiente intra-hospitalar, na colocação e manutenção de

drenagem torácicas e entre outras a monitorização de pressão intra-abdominal, venosa central e nível de consciência através do índice bispetral.

No SU MC, destaco a experiência de acompanhamento do enfermeiro chefe de equipa pela sua capacidade de avaliar os doentes em cada valência do SU e a sua perspicácia de identificar a pessoa a deteriorar a condição clínica, abordando o restante corpo clínico sobre a situação.

Em ambos os campos de estágio foi possível inteirar-me acerca dos protocolos existentes para sistematizar a atuação do enfermeiro e permitir uma prestação de cuidados mais segura, o que leva ao aumento da segurança do doente (Sales et al., 2018). As escalas utilizadas para ajudar no suporte das intervenções de enfermagem foram: a BPS, o CAM ICU, a Escala de *Braden*, a Escala de *Morse*, a Escala de Coma de Glasgow, a Escala de Agitação-Sedação de *Richmond* e a *Gugging Swallowing Screen* ou escala de GUSS.

A abordagem à PSC, em ambos os estágios, era realizada pela metodologia ABCDE². Ao utilizar esta metodologia de abordagem à PSC conseguimos uma avaliação completa baseada em prioridades. Em primeiro lugar o foco de atenção é a permeabilização da via aérea, de seguida a ventilação e oxigenação, depois a circulação e controlo de hemorragia, a seguir a disfunção neurológica e avaliação da glicémia capilar e por fim a exposição e controlo de temperatura. Cada etapa da avaliação não pode ser seguida se existir alguma condição na etapa anterior que não esteja resolvida (Smith & Bowden, 2017).

Em todas as situações vivenciadas, nomeadamente aquelas em que está associada alguma tensão pelo risco acrescido, nomeadamente admissões de doentes instáveis, foi possível observar o comportamento dos EEEMC:PSC e dos peritos no que respeita “ao à vontade” na gestão dos cuidados e no papel de *team leader*, tendo uma capacidade de análise crítica das situações, antecipando os cuidados e possíveis situações de instabilidade. O mencionado vai ao encontro da teoria desenvolvida por Patricia Benner que refere que o desenvolvimento pessoal e profissional é um processo gradual e contínuo, não dependente exclusivamente da formação académica, mas construído a partir das experiências, referências profissionais, investimento pessoal e avaliação crítico-reflexiva da prática. Até alcançar a perícia, o enfermeiro passa por vários estadios antecessores: iniciado, iniciado avançado, competente e proficiente (Benner, 1982).

Relativamente à gestão da dor e do bem-estar da PSC, o alívio da dor física é uma das dimensões da estrutura taxonómica da teoria do conforto e, sendo a dor o 5º sinal vital desde 2003, a sua prevenção e o seu controlo são um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes que a experienciam, constituindo um avanço significativo para a humanização dos cuidados de saúde. A

²ABCDE: A-Airway, B- *Breathing*, C- *Circulation*, D - *Disability* e E - *Expose*

sua avaliação e registo devem ser realizados de forma contínua e regular, tal como os outros parâmetros vitais, de modo a otimizar a terapêutica e promover a qualidade de vida do doente (Direção Geral de Saúde, 2003). Em particular, no caso da pessoa submetida a EOT e a VMI, a avaliação da dor era realizada segundo a escala BPS de 4 em 4 horas e sempre que necessário ou que a pessoa demonstrasse evidência de dor através da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e da adaptação ventilatória. Acompanhada desta avaliação da dor eram tomadas as medidas adequadas nomeadamente a aplicação de estratégias não medicamentosas e a administração de analgesia em bólus ou o aumento do ritmo de perfusão de analgesia contínua, se a dor fosse evidente durante várias avaliações seguidas. Após a implementação das intervenções era novamente aplicada a escala de avaliação da dor e avaliado o benefício das intervenções. Para complementar os conhecimentos acerca da importância da gestão da dor, foi analisada a *guideline* para a Prevenção e Tratamento da Dor, Agitação/Sedação, Delirium, Imobilidade e Interrupção do Sono de 2018, cuja pertinência em contexto de UCI se revela primordial sobretudo no que respeita às consequências psicológicas e tempo de recuperação no internamento em UCI e da doença crítica (Devlin et al., 2018).

Relativamente à comunicação interpessoal, parte integrante da relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador, os enfermeiros, diariamente, presenciam diversas situações onde a relação de ajuda impera. Segundo Phaneuf (2005), a relação de ajuda pode ser definida como

(...) uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante de adversidades, e mesmo diante da morte (p. 324).

É com a experiência profissional, aliada também às vivências pessoais, que vamos adquirindo a sensibilidade e perícia para identificar as necessidades das pessoas, sobretudo aquelas que fogem ao físico, observável e quantificável. Foram várias as situações em que o estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa/família/cuidador se revelou de extrema importância, nomeadamente aquando a admissão da pessoa na UCI (se nível de consciência mantido) e aquando o acolhimento da família/cuidador na UCI, minimizando o impacto que o internamento em UCI tem na família/cuidador, nomeadamente ao nível da ansiedade e dinâmicas pessoais e familiares. O acolhimento à família/cuidador visa apresentar a UCI e as suas regras de funcionamento, apresentar

a unidade do doente, abordar em que condições físicas é que o familiar se encontra, preparando-a para o que vai encontrar. Outras situações bastante comuns e que careciam da aplicação dos conhecimentos de relação de ajuda, são as situações de morte cerebral e potenciais dadores de órgãos, em que a família, sobretudo pais de jovens adultos, se deparavam com uma das situações mais dolorosas que podem experienciar, a morte de um filho. Aqui, o sentimento demonstrado foi de empatia pela dor sentida pela família e que acabou por causar também sentimentos de tristeza na equipa de enfermagem. De acordo com Phaneuf (2005), é importante ter em conta que, apesar de não ser repreensível que nos emocionemos e sofremos com as situações que experienciamos no nosso trabalho, quando nos deixamos levar por essa tristeza acabamos por prestar pouca ajuda ao Outro. Foram claras as necessidades de cuidados de conforto físico, de transcendência e tranquilidade ao nível psico-espiritual da família dos doentes internados. Estes deparam-se com uma situação de ansiedade, tristeza, dificuldade em aceitar o processo de saúde/doença, incerteza relativamente ao futuro, desconhecimento acerca da situação clínica, medo da morte e prespetivas negativas relativamente à recuperação.

Foi possível estar presente, em situações de comunicação de más notícias e em que na UCI NCT foi utilizado o protocolo de comunicação de más notícias segundo a metodologia SPIKES³ (Baile et al., 2000) e complementado com o método NURSE⁴ (Pereira et al., 2013). O primeiro contempla a preparação da entrevista, avaliação das percepções prévias, avaliação do que as pessoas querem ter conhecimento, transmissão da mensagem, reconhecimento das emoções experienciadas e resposta empática e por fim resumir a informação e discutir estratégias (Baile et al., 2000). O segundo é composto pela nomeação, compreensão, respeito e suporte dos sentimentos experienciados pelo receptor e por fim dar espaço para a expressão de dúvidas e sentimentos (Pereira et al., 2013). Tal como referido anteriormente, foi inevitável também sentirmo-nos tristes pela dor do Outro, no entanto, a utilização deste tipo de estratégia e protocolos ajuda na sistematização da intervenção, o que a torna mais fácil, dentro do quão difícil é.

Respeitante às necessidades ao nível da comunicação com o doente crítico sob EOT ou traqueostomia, estas estão muitas vezes comprometidas, razão pela qual o enfermeiro tem necessidade de utilizar estratégias alternativas para minimizar a frustração e desconforto do doente,

³ SPIKES: S - Setting Up the Interview, P - Assessing the Patient's Perceptions, I - Obtaining the Patient Invitation, K - Giving Knowledge and Information to the Patient, E - Addressing the Patient Emotions with Empathetic Responses, S - Strategy and Summary

⁴NURSE: N - Naming, U - Understanding, R - Respecting, S - Supporting, E - Exploring

na impossibilidade de ver as suas necessidades respondidas, promovendo as estratégias de comunicação Alternativa e Aumentativa [CAA]. Durante o Estágio Final, foram promovidas intervenções de CAA, nomeadamente a utilização de aplicações para facilitar a comunicação como a LetMeTalk®, a TalkApp® e entre outros a SymboTalk®, mímica labial e gestual, quadros com símbolos, letras e números e, quadro para escrever. Foi também promovido o ensino à família/cuidador e visitas sobre CAA, para que estas conseguissem comunicar com a pessoa internada e se sentissem mais envolvidas nos cuidados.

Relativamente à última unidade de competência da presente competência, a assistência à pessoa e família/cuidador nas perturbações emocionais advindas da situação crítica, os conhecimentos adquiridos e partilhados com a equipa com a realização do PIS, permitiram que se adoptassem estratégias para, em primeiro lugar, minimizar os efeitos das perturbações emocionais e atuar na ótica da prevenção e, em segundo lugar, saber como avaliar a sua presença e, se presente alguma alteração, como reencaminhar para os profissionais mais competentes.

Apesar dos cuidados à PSC e à sua família/cuidador serem altamente complexos, tendo como focos de atenção major a instabilidade hemodinâmica e a falência orgânica, aos mesmos está associado sempre a prevenção do desconforto e promoção do conforto quer durante os procedimentos invasivos, no acolhimento ao doente e à família ou na prestação de informações à família, tendo sempre como objetivo a promoção da qualidade de vida após o internamento.

Por fim, e tendo em conta o mencionado, consideramos que esta competência foi adquirida.

Quadro 12 - Competência Específica do EEEMC:PSC b)

Competência Específica do EEEMC:PSC	Competências de Mestre em Enfermagem
b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	<p>1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada</p> <p>7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.</p>

Fonte: Elaboração própria

Análise crítico-reflexiva:

De acordo com o descritivo da competência acima referida, o EEEMC:PSC deve conceber, planejar e gerir a resposta perante uma situação de emergência, excepção e catástrofe, de forma eficaz e eficiente, rápida e sistematizada e sem descuidar a preservação de vestígios ou sinais de prática de crime (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Concetualizando os termos chave desta competência, uma emergência é o resultado de uma agressão sofrida por um indivíduo, de origens diversas, que resulte em perda de saúde rápida e violenta, susceptível de causar danos em 1 ou mais órgãos vitais, colocando a vida desse indivíduo em risco se a sua assistência não for realizada de forma célere. Relativamente à excepção, esta consiste numa situação onde existe um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo do EEEMC: PSC uma intervenção, coordenação e gestão dos recursos humanos e materiais existentes (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Já segundo o ponto 2 do artigo 3º do capítulo I da Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho, que aprova a Lei de Bases da Protecção Civil, define catástrofe como “(...) acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Lei de Bases Da Protecção Civil, 2006, p.1).

As UC's que se revelaram como uma mais-valia para as atividades desenvolvidas no âmbito desta competência foram a Enfermagem Médico-Cirúrgica 3 e Enfermagem Médico-Cirúrgica 4. A primeira pela temática desenvolvida e aprofundada na realização do poster intitulado “Transfusão de hemoderivados no pré-hospitalar salva vidas?” e a segunda pela frequência e aprovação nos cursos de SAV Cardiovascular (Anexo 3) e ITLS (Anexo 4), que se revelaram úteis na aplicação dos protocolos e algoritmos durante a realização dos estágios. O poster acima mencionado, acabou por ser apresentado no 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar a 18 de junho de 2021 (Anexo 5).

No âmbito dos cuidados prestados à PSC em situações de emergência destaco várias experiências em ambiente pré-hospitalar, no âmbito dos turnos realizados na Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER] e na ambulância de Suporte Imediato de Vida [SIV], e na sala de ECMO em Paragem Cardio-Respiratória [PCR].

- 1- Vítima em PCR, que recupera a circulação espontânea ainda com os Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar [TEPH] e, que à nossa chegada, se encontrava inicialmente com traçado cardíaco com elevação do segmento ST e posteriormente com taquidistritmia e com presença de sinais de gravidade com alteração do estado de consciência e hipotensão arterial. Aqui foi

possível aplicar os conhecimentos adquiridos no curso de SAV Cardiovascular no que respeita ao algoritmo de taquidisritmia, colaborar com a técnica de sedo-analgesia e cardioversão elétrica e posteriormente, foram adquiridas competências no que respeita ao transporte da PSC. A comunicação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes [CODU] tem um papel preponderante no ganho de tempo e clareza da transmissão de informação, sendo a técnica ISBAR uma estratégia que a otimizou. Relativamente ao cumprimento dos tempos preconizados e seleção da estratégia de reperfusão, neste caso em particular, a escolha recaiu para o serviço de Hemodinâmica indicado pelo CODU e que se iniciasse a reperfusão em menos de 90 minutos (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017), no entanto, pudemos observar que por vezes a comunicação com o CODU e as respostas que procuramos podem demorar, pelo que se acaba por perder algum tempo no local, o que pode comprometer o cumprimento dos *timings* recomendados e em consequência o *outcome* do doente;

- 2- Vítima com queda de cerca de 5/6 metros de altura. Aqui foram aplicados os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no curso de ITLS, com especial enfoque nas particularidades a ter em consideração na vítima de trauma, nomeadamente a verificação da presença de hemorragia exsanguinante, a estabilização cervical, a permeabilização da via aérea exclusivamente com a subluxação da mandíbula, a auscultação cardio-pulmonar para descartar por exemplo pneumotórax hipertensivo e tamponamento cardíaco, a palpação da bacia para despistar instabilidade pélvica e entre outros a colocação da maca telescópica para transferência para o plano rígido e colocação do cinto aranha (Alson et al., 2020);
- 3- Vítima em PCR com critérios para canulação e ECMO durante a PCR. Nesta experiência pudemos observar a coordenação exemplar entre duas equipas com funções distintas, 1 médico e 2 enfermeiros a cumprir o algoritmo de SAV, 2 médicos a realizar a canulação, 1 enfermeira a circular e um assistente operacional a dar apoio ao que se revelasse necessário. Foi claro quem era o *team leader* no âmbito da PCR pela sua atitude de liderança e articulação com todos os elementos da equipa, mostrando-se esta com uma atitude calma, apesar da situação ser naturalmente geradora de *stress*, e, confiante na sua atuação.

A salientar ainda, no âmbito dos cuidados na ambulância de SIV, o papel do enfermeiro enquanto *team leader* da equipa presente, os conhecimentos demonstrados de todos os protocolos vigentes bem como o raciocínio clínico de saber avaliar e interpretar os dados observados do doente para realizar os diagnósticos de enfermagem, transmitir a informação ao regulador do CODU e dar início à aplicação dos protocolos e intervenções que se considerem necessárias.

No âmbito dos cuidados prestados à PSC em situação de exceção ressalvamos a coexistência da pandemia à COVID-19 e o facto do serviço onde decorreu o Estágio 1 ter sido reestruturado para

fazer face à pandemia (tanto ao nível do circuito dos doentes no SU como ao nível do aumento da afluência ao mesmo) e ter sido criado pelo menos mais 3 postos de trabalho, os contentores exteriores para doentes que necessitem de estar alocados numa maca, outro contentor para quem está alocado a um cadeirão e a sala de emergência COVID-19. Na retaguarda desta situação é importante a presença do enfermeiro gestor, tanto na gestão dos recursos humanos para preencher os novos postos de trabalho como na gestão de recursos materiais com especial enfoque dos equipamentos de proteção individual. No local onde exercemos funções, uma UCI Polivalente, também foram vários os desafios com que nos deparamos aquando a pandemia à COVID-19, nomeadamente o facto de termos recebido colegas sem experiência em cuidados intensivos para conseguir manter os rácios recomendados entre enfermeiro/doente de nível 3, uma vez que se aumentou o número de unidades disponíveis, e, termos que em condições que não são as ideais, os integrar nas rotinas e no cuidado à PSC, nomeadamente sob técnicas complexas e específicas de uma UCI, como a de substituição da função renal e VMI.

Relativamente ao planeamento da resposta em situação de catástrofe e gestão dos cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe, foram consultados os planos de resposta a catástrofe do centro hospitalar onde decorreu o Estágio Final, nomeadamente o Plano de Emergência Interno – atuação em caso de incêndio. No centro hospitalar onde decorreu o Estágio 1, o mesmo onde exercemos funções, foi consultado o Plano de Segurança Interno do centro hospitalar e o Plano de Evacuação da UCI. A consulta destes documentos revestiu-se de bastante importância para nos mantermos atualizados e lembrar os conhecimentos adquiridos para melhorar os nossos cuidados aquando a ocorrência de uma situação de tal ordem.

Foi realizado um estágio observacional de 2 dias, no Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro, sob orientação de um EEEMC:PSC. Durante este período, além de conhecermos os Planos de Emergência Nacional e Municipal, estivemos presente na abertura do centro de vacinação da localidade onde foi realizado este estágio observacional, pois só assim seria possível dar resposta ao crescente número de pessoas para se vacinarem, na situação de exceção vivenciada, sendo possível perceber a articulação entre as várias organizações envolvidas na preparação, abertura e funcionamento do centro. Foi ainda possível assistir os telefonemas realizados pela equipa do centro aos novos casos positivos à COVID-19 e o tipo de abordagem realizada, nomeadamente ao nível da sintomatologia e rastreio de contactos de risco. Estes telefonemas não eram realizados, na sua exclusividade, por profissionais de saúde, devido à afluência crescente de novos casos. Aqui, destaco a importância do enfermeiro no ensino e treinamento dos colegas para uma melhor abordagem, com o intuito de melhor rastrear pessoas

com sintomas graves e que precisem de aconselhamento médico, bem como no esclarecimento de dúvidas no geral.

No que respeita à eficiência dos cuidados de enfermagem prestados preservando os vestígios de indícios de prática de crime, o desenvolvimento da FS no SU MC no Estágio 1, na temática da identificação precoce de idosos vítimas de violência no SU, foi uma mais-valia porque permitiu a pesquisa e o aumento dos conhecimentos para reconhecer irregularidades e suspeitar de crime, encaminhando as vítimas para as entidades competentes, nomeadamente aquelas vocacionadas para o apoio à vítima e família. As vítimas de violência têm consequências importantes no seu quotidiano, quer ao nível físico, psico-espiritual, ambiental e sócio cultural. Estas, além da óbvia dor física proveniente do mau trato, podem sofrer de ansiedade, depressão e entre outras baixa auto-estima devido à situação vivenciada, bem com sentir vergonha dos vizinhos, sentir que a sua privacidade foi exposta, medo de denunciar a situação e apresentar necessidades de apoio social e familiar.

Durante o período em que decorreu esta formação académica, não existiu a possibilidade de participar na conceção de um plano ou de participação em simulações de treino de resposta em situações de emergência multi-vítimas ou de catástrofe, pois o Exercício à escala Total do Aeroporto de Faro, agendado para o dia 30/11/2021, foi cancelado devido à pandemia à COVID-19. No entanto, como consideramos que esta formação académica não é estanque e nem se “finaliza por aqui”, quando existir outra oportunidade de simulação com enfoque nesta tipologia de competências, se for possível, iremos participar. Por fim, apesar dos constrangimentos verificados, consideramos ter atingido a referida competência.

Quadro 13 - Competência Específica do EEEMC:PSC c)

Competência Específica do EEEMC:PSC	Competências de Mestre em Enfermagem
c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Fonte: Elaboração própria

Análise crítico-reflexiva:

Concetualizando o enunciado descrito da terceira e última competência do EEEMC:PSC, este tem o dever de considerar

(...) o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19364).

Sendo as IACS um problema de saúde pública mundialmente transversal a todos os contextos, as mesmas ameaçam a segurança e qualidade dos cuidados prestados às pessoas (Direção-Geral da Saúde, 2017c), tendo os enfermeiros, pela sua posição privilegiada junto da pessoa e família/cuidador na prestação de cuidados, uma participação fundamental e ativa na sua prevenção e controlo. Já o EEEMC:PSC tem um papel diferenciador dos demais na sua mitigação, tendo a capacidade de conceber planos de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção baseadas na premissa da prevenção das IACS (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e de formação dos pares. Aqui, revelou-se de primordial importância a UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5 e o trabalho académico nela desenvolvido, a simulação da elaboração de um plano de prevenção e controlo de infeção para o agente específico do *Clostridium difficile*.

Os cuidados prestados à PSC revestem-se de susceptibilidade à aquisição de infeções devido à instabilidade associada e conseqüentemente necessidade de intervenções terapêuticas, presença de dispositivos invasivos e de diferentes tipos de isolamento. Assim emergiu a necessidade de reler diversos documentos para uma prática ainda mais sustentada nomeadamente a norma sobre a higienização das mãos nas unidades de saúde (DGS, 2019), a norma das Precauções Básicas de Controlo de Infeção [PBCI] (DGS, 2013), as recomendações para as precauções de isolamento, precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão, ainda que atualmente sob revisão (Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Dr^o Ricardo, n.d.), a norma de prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à metilina nos hospitais e unidades de Internamento de cuidados continuados Integrados (DGS, 2015a) e o documento de recomendação da prevenção da transmissão de enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos (DGS, 2017b).

Face também à presença de inúmeros focos infecciosos, emergiu a necessidade de reler os vários “Feixes de Intervenção” emanados pela DGS, nomeadamente o da Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2017c), o da Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2017d), o da Prevenção da Infeção Relacionada com Cateter Venoso central (DGS, 2015b) e o da Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico (DGS, 2015c). Todos as técnicas ou dispositivos anteriormente referidos são frequentes no SU e transversais à maioria dos doentes numa UCI, pelo que foram discutidos com a enfermeira orientadora e aplicados nos cuidados diários.

É expectável que uma UCI seja um local geralmente mais controlado e organizado do que, por exemplo, um SU, razão pela qual foi notório durante o Estágio 1, a diferença entre as condições que são propiciadas aos profissionais de saúde para promover uma maior e melhor adesão às melhores práticas para prevenir a ocorrências de IACS. Exemplificando, tanto a UCI onde desenvolvemos funções como a que decorreu o Estágio Final, além de apresentar um doseador de solução antisséptica de base alcoólica em pontos estratégicos, apresenta também uma em cada unidade de cada doente. Já o SU onde decorreu o Estágio 1 apresenta apenas em pontos estratégicos ou nas zonas/carrinhos de trabalho, exigindo que em cada momento chave de desinfeção das mãos, houvesse a deslocação a um desses locais.

Foram realizados 2 turnos observacionais na Unidade de Queimados do Centro Hospitalar onde decorreu o Estágio Final. Foi possível observar a realização da balneoterapia como estratégia de realização dos tratamentos aos diferentes tipos de queimaduras, com soluções e apósitos que até então desconhecia, sob sedação e analgesia para controlo da dor. A salientar nesta experiência, os cuidados exímios com a prevenção da infeção cruzada que toda a equipa da respetiva unidade, nomeadamente o facto de todo o material que entra no serviço ser esterilizado, à excepção do fardamento que é limpo; sempre que um doente entra no serviço, mesmo que tenha apenas tenha sido transferido para realizar um exame complementar de diagnóstico é realizado previamente, na antecâmara, o banho terapêutico e tratamentos às queimaduras e só depois entra na unidade e entre outros o cumprimento meticuloso da higiene cirúrgica das mãos antes da realização dos tratamentos e o isolamento das diferentes queimaduras com campos estéreis para minimizar a infeção cruzada.

Para conhecermos os projetos desenvolvidos no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [GCL-PPCIRA] do local onde decorreu o Estágio1 e, onde simultaneamente exercemos funções, foi realizado 1 turno nesse serviço. Foi realizada uma entrevista exploratória a uma das enfermeiras responsáveis para conhecer de que maneira é realizada a auditoria das Precauções Básicas do Controlo de Infeção [PBCI] e como são divulgadas as orientações em vigor emanadas pela DGS. Foi também possível analisar os dados

estatísticos do biênio anterior relativamente à prevalência da ocorrência de infecções na UCI e qual a função do enfermeiro elo de ligação entre o GCL-PPCIRA e os serviços. Foi-nos também dada a oportunidade de assistir a uma formação ministrada pela enfermeira de serviço no GCL-PPCIRA acerca das PBCI bem como sobre a Higienização das Mãos. Apesar de ser comumente considerada como uma formação elementar e por vezes encarada como uma “perda de tempo”, na nossa opinião, por vezes, são nas coisas mais básicas que mais ocorrem falhas, nomeadamente ao nível da triagem de lixo hospitalar, higiene das mãos, vestir e remover equipamentos de proteção individual, pelo que, esta formação se revelou uma mais-valia na consolidação de boas práticas.

Relativamente à utilização dos equipamentos de proteção individual durante a pandemia, e com o intuito de prevenir a transmissão de infeção cruzada, foi necessária formação acerca da maneira mais correta de colocar e remover os equipamentos de proteção individual e de rever os cuidados a adotar nos diferentes tipos de isolamento.

Face ao acima descrito, consideramos ter desenvolvido esta competência, tendo simultaneamente noção da sua importância para a melhoria continuada qualidade e segurança dos cuidados e o quão fácil é falhar em alguma etapa das recomendações emitidas, pelo que se torna essencial a realização de auditorias ao comportamento dos profissionais de saúde face às recomendações explanadas para o reconhecimento precoce da falha e a célere mudança de atitude.

5. CONCLUSÕES

A realização do presente relatório visou explicar o percurso do Mestrado em Enfermagem e da Especialidade em EMC na vertente do cuidado à PSC, com principal enfoque nos projetos concebidos com a realização dos estágios, principalmente do Estágio Final, e no processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEEMC:PSC.

Sendo essencial sustentar a realização da FS realizada no Estágio 1, do PIS no Estágio Final e do processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e de EEEMC:PSC numa concetualização teórica, alicerçamos a realização dos mesmos na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, pois demonstrou ser aquela que melhor se enquadra na área de intervenção da humanização de cuidados à PSC e sua família/cuidador.

O Estágio Final permitiu o desenvolvimento do PIS seguindo as etapas da metodologia de projeto. Este projeto permitiu-nos enriquecer o leque de conhecimentos acerca da temática em causa e enriquecer a prática clínica com estratégias para fomentar a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, na área da prevenção e gestão do SPT experienciado pela pessoa que esteve perante uma situação de doença crítica e pela sua família/cuidador. São várias as intervenções de enfermagem que devem ser adotadas/relembradas, mas o PIS deu especial enfoque a uma estratégia, ainda pouco explorada em Portugal, a realização do DPI em UCI. Também foi abordada a consulta de Follow-Up como estratégia de prevenção e gestão do SPT, com o intuito da sua posterior implementação na UCI NCT. Uma das limitações da realização do PIS, pela curta duração do estágio, foi o facto de não ter sido possível implementar o guia orientador da realização do DPI em UCI nem a consulta de Follow-Up, ficando estes apenas como sugestões. Foi claro por parte de toda a equipa de enfermagem, sobretudo por parte da enfermeira chefe e da enfermeira orientadora, que iriam dar continuidade ao desenvolvimento do projeto, pois pertence a uma grande área de interesse de toda a equipa de enfermagem: a humanização dos cuidados de enfermagem em UCI.

No sentido de fomentar a investigação em enfermagem, dando sentido à PBE, a realização da RSL foi um momento importante para o desenvolvimento das aprendizagens na construção de material de suporte à evidência científica, servindo de suporte para sustentar a implementação do DPI em UCI.

Através da análise crítico-reflexiva das competências de Mestre em Enfermagem, das comuns ao EE e das específicas do EEEMC:PSC, justificámos o seu processo de desenvolvimento e aquisição e que se refletiu em diversas atividades e partilha de experiências com diferentes EEEMC:PSC e peritos na área do cuidado à PSC. Assim, após refletir sobre as referidas competências, é possível perceber

que surgiu uma mudança, de forma natural e inconsciente, em algumas atitudes na prática clínica, integrando nela todos os saberes adquiridos.

A discussão em provas públicas do presente Relatório de Estágio finda o percurso acadêmico a que nos propusemos há cerca de 1 ano e meio atrás. Fizemo-lo com a convicção que seria pela evolução pessoal e profissional, e por tudo o que poderíamos alcançar e dar a mais no nosso contexto profissional e, sobretudo, às pessoas de quem cuidamos. Apesar de ter sido um percurso desafiante, exigente e que a certa altura parecia não ter fim, foi também um período de mudança e novas experiências. No cômputo geral a avaliação de todo o percurso desenvolvido é positiva e recheada de ganhos em diferentes vetores da profissão de Enfermagem. É muito gratificante ter chegado até aqui, pretendendo agora seguir com o aperfeiçoamento das competências adquiridas ao longo da carreira profissional. Assim, com base no que foi escrito ao longo deste relatório, considero atingidos os objetivos inicialmente propostos, sendo o seu auge cada segundo de partilha e de reflexão acerca de cada pormenor experienciado e que permitiram que cada competência fosse alcançada com sucesso.

BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association.(2019). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (7ª ed.). American Psychological Association

Åkerman, E., & Langius-Eklöf, A. (2018). The impact of follow-up visits and diaries on patient outcome after discharge from intensive care: A descriptive and explorative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 49, 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.002>

Alson, R., Ham, K., & Campbell, J. (2020). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (Pearson (ed.); 9th ed.).

Amestoy, S., Oliveira, A., Thofehrn, M., Trindade, L., Santos, B. & Bao, A. (2017). Contribuições freirianas para entender o exercício da liderança dialógica dos enfermeiros no ambiente hospitalar. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 38(1), e64764. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64764>

Andrade, S., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: Uma revisão integrativa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(4), 1–12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>

APAV. (2020). *Relatório Anual - APAV 2020*.

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

Barreto, M. (2017). *Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: Guia orientador de boas práticas de cuidados em enfermagem*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24074/4/GOBPCE_anexo_do_relatório_de_mestrado.pdf

Benner, P. (1982). From Novice to Expert Author. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Quarteto (ed.)).

Berlofi, L. & Bianchini, S. (2013). Metas do plano de cuidado: estratégia para gestão do cuidado. *Revista Acred*, 3.

Bohart, S., Egerod, I., Bestle, M., Overgaard, D., Christensen, D., & Jensen, J. (2018). Recovery programme for ICU survivors has no effect on relatives' quality of life: Secondary analysis of the RAPIT-study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.002>

Brito, F., Rozendo, C., & Sobral, J. (2018). O Laboratório De Enfermagem e a Formação Crítica Do Enfermeiro: Uma Reflexão. *Enfermagem En Foco*, 36–40.

Campbell, J., & Alson, R. (2016). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (Pearson (ed.); 8th ed.).

Cardiologia, S. E. de. (2017). *Recomendações de Bolso da ESC de 2017. Comissão para as Recomendações Práticas. EAM - STEMI. Recomendações para o Tratamento do Enfarte Agudo do Miocardio nos Doentes que se apresentam com Elevação do Segmento ST*. (Versão Portuguesa).

Carvalho, L. (2018). *Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica*. Relatório de Estágio: O cuidado especializado de enfermagem na gestão do ambiente da pessoa com hipertensão intracraniana em UCI. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Cerqueira, A., Gomes da Costa, F., Leal, F. & Nunes, L. (2014). *Didática em Enfermagem*.

Chandler, J., Higgins, J., Deeks, J., Davenport, C., & Clarke, M. (2017). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.2.0*.

Chinn, P., & Kramer, M. (2004). *Theory and nursing: Integrated knowledge development* (MO: Mosby (ed.); 6^o).

Costa, C. (2017). *Mestrado em Enfermagem Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Gestão em Enfermagem*. 145. <http://hdl.handle.net/10400.26/22956>

Costa, J. (1999). *Método e percepção de cuidar em enfermagem*.

Costa, R., Medeiros, S., Martins, J., Menezes, R., & Araújo, M. (2015). O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde em enfermagem. *Revista de Saúde Pública Do Paraná*.

Decreto-Lei n.º 48/95. (1995). Código Penal. In *Diário da República, I-A série n.º 63*. Diário da República

Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., Watson, P., Weinhouse, G., Nunnally, M., Rochweg, B., Balas, M., Boogaard, M., Bosma, K., Brummel, N., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J., Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. In *Critical care medicine* (Vol. 46, Issue 9). <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

Diário da República. (2015). Definir quais os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referenciação de Urgência/Emergência. In *Diário da República II Série, N.º 228 (13-10-2015)*.

Diário da República. (2021). Despacho n.º 9390/2021 -Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). In *Diário da República, 2.ª série — N.º 187 — 24 de setembro de 2021*.

Direção- Geral de Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa N.º 09/DGCG, 1(1), 1–6*. <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/16/12>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*.

Direção-Geral da Saúde. (2015a). Norma 018/2014. Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. *Direção Geral de Saúde, 1–24*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da->

[dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx)

Direção-Geral da Saúde. (2015b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Norma N°022/2015 de 16/12/2015, 2015(002/2015)*, 1–26. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015c). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–12. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Recomendação Prevenção Da Transmissão De Enterobacteriaceas Resistentes Aos Carbapenems Em Hospitais De Cuidados De Agudos*. 1–20.

Direção-Geral da Saúde. (2017c). Norma n° 019/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Direção Geral Da Saúde, Norma° 019*, 1–12. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017d). *Norma n°21/2015: “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. Categoria IIC*, 1–3. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017d). *Programa De Prevenção E Controlo De Infecções E De Resistência Aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n° 007/2019 Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. CDC*, 46. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>

Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática Stages for undertaking a systematic review. *Acta Medica Portuguesa*, 32(3), 227–235.

Fontes, L., Anjos, Y., & Eduesley, S. (2017). *A interação do enfermeiro com a equipe multidisciplinar*. 1–3.
Galazzi, A., Adamini, I., Bazzano, G., Cancelli, L., Fridh, I., Laquintana, D., Lusignani, M., & Rasero, L. (2022). Intensive care unit diaries to help bereaved family members in their grieving process: a systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68(xxxx), 103121.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103121>

Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Fasse, L., Ruckly, S., Amdjar-Badidi, N., Argaud, L., Badie, J., Bazire, A., Bige, N., Boulet, E., Bouadma, L., Bretonnière, C., Floccard, B., Gaffinel, A., Forceville, X., Grand, H., Halidfar, R., Hamzaoui, O., Jourdain, M., Timsit, J. (2017). The ICU-Diary study: Prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2283-y>

Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Vinatier, I., Rigaud, J., Thieulot-Rolin, N., Mercier, E., Rouget, A., Grand, H., Lesieur, O., Tamion, F., Hamidfar, R., Renault, A., Parmentier-Decrucq, E., Monseau, Y., Argaud, L., Bretonnière, C., Lautrette, A., Badié, J., Boulet, E., Timsit, J. (2019). Effect of an ICU Diary on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Patients Receiving Mechanical Ventilation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 322(3), 229–239.
<https://doi.org/10.1001/jama.2019.9058>

Halm, M. (2019a). Intensive Care Unit Diaries, Part 1: Constructing Illness Narratives To Promote Recovery After Critical Illness. *American Journal Of Critical Care*, 28(4), 319–324.

Halm, M. (2019b). Intensive Care Unit Diaries, Part 2: Impact of Diaries and Follow-Up Consultation on Post-Intensive Care Syndrome. *American Journal of Critical Care*, 28(6), 488–493.

Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Critical Care*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>

Huang, M., Parker, A., Bienvenu, O., Dinglas, V., Colantuoni, E., Hopkins, R., & Needham, D. (2016). Psychiatric symptoms in acute respiratory distress syndrome survivors: A 1-year national multicenter study. *Critical Care Medicine*, 44(5), 954–965. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001621>

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planejamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (O. Avulsas (ed.)).

INEM & DFEM (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2019.pdf>

Jamshed, S. (2014). Qualitative research method-interviewing and observation. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 5(4), 87. <https://doi.org/10.4103/0976-0105.141942>

Jensen, J., Egerod, I., Bestle, M., Christensen, D., Elklit, A., Hansen, R., Knudsen, H., Grode, L., & Overgaard, D. (2016). A recovery program to improve quality of life, sense of coherence and psychological health in ICU survivors: a multicenter randomized controlled trial, the RAPIT study. *Intensive Care Medicine*, 42(11), 1733–1743. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4522-1>

Jensen, J., Thomsen, T., Overgaard, D., Bestle, M., Christensen, D., & Egerod, I. (2015). Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 41(5), 763–775. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3689-1>

Kalfon, P., Alessandrini, M., Boucekine, M., Renoult, S., Geantot, M., Deparis-Dusautois, S., Berric, A., Collange, O., Floccard, B., Mimos, O., Julien, A., Robert, R., Audibert, J., Renault, A., Follin, A., Thevenin, D., Revel, N., Venot, M., Patrigeon, R. G., Chaban, Y. (2019). Tailored multicomponent program for discomfort reduction in critically ill patients may decrease post-traumatic stress disorder in general ICU survivors at 1 year. *Intensive Care Medicine*, 45(2), 223–235. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-05511-y>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. (S. P. Company. (ed.)).

Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237–240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>

Kredentser, M., Blouw, M., Marten, N., Sareen, J., Joseph Bienvenu, O., Ryu, J., Beatie, B., Logsetty, S., Graff, L., Eggertson, S., Sweatman, S., Debroni, B., Cianflone, N., Arora, R., Zarychanski, R., & Olafson, K. (2018). Preventing posttraumatic Stress in ICU survivors: A single-center pilot randomized controlled trial of ICU diaries and psychoeducation. *Critical Care Medicine*, 46(12), 1914–1922. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003367>

Larrabee, J. (2011). *Nurse to Nurse: Prática baseada em evidências em Enfermagem* (A. E. Ltda (ed.)).

Lasiter, S., Oles, S., Mundell, J., London, S. & Khan, B. (2016). Critical Care Follow-up Clinics: A Scoping Review of Interventions and Outcomes. *Clinical Nurse Specialist*, 30(4), 227–237. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000219>

Leite, M. & Gasparotto, A. (2018). Análise Swot E Suas Funcionalidades. *Revista Interface Tecnológica*, 15(2), 184–195. <https://doi.org/10.31510/infa.v15i2.450>

Loftus, C. (2019). *Emergências Neurocirúrgicas* (T. Revinter (ed.); 3^a).

Lopes, A., & Nunes, L. (1995). Acerca da trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e Ética. *In Nursing*, 90–91, 10–13.

Mcllroy, P., King, R., Garrouste-Orgeas, M., Tabah, A. & Ramanan, M. (2019). The Effect of ICU Diaries on Psychological Outcomes and Quality of Life of Survivors of Critical Illness and Their Relatives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Medicine*, 47(2), 273–279. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003547>

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (L. W. & Wilkins. (ed.); 5^o).

Milhomens, R. (2014). *Avaliação dos níveis de Ansiedade e Depressão e sua correlação com a intensidade de Dor em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva*.

Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário Da República, 2.ª Série - n.º 153 (11-08-2014)*.

Ministério da Saúde. (2015a). Ministério da Saúde. *Despacho n.º 5613/2015. Aprova a Estratégia Nacional Para a Qualidade Na Saúde 2015-2020. Diário Da República, 2.ª Série, 13550–13553.*

Ministério da Saúde. (2015b). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República, Ministério Da Saúde, Gabinete Do Secretário de Estado Adjunto Do Ministério Sa Saúde, 2.ª série(28), 3882(2)-(10).* <https://dre.pt/application/file/66457154>

Ministério da Saúde, & Instituto Nacional de Saúde Drº Ricardo. (n.d.). *Recomendações para as precauções de isolamento, precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão.*

Nielsen, A., & Angel, S. (2016). How diaries written for critically ill influence the relatives: A systematic review of the literature. *Nursing in Critical Care, 21(2)*, 88–96. <https://doi.org/10.1111/nicc.12158>

Nielsen, A., Angel, S., Egerod, I., Lund, T., Renberg, M. & Hansen, T. (2020). The effect of family-authored diaries on posttraumatic stress disorder in intensive care unit patients and their relatives: A randomised controlled trial (DRIP-study). *Australian Critical Care, 33(2)*, 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.01.004>

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética, 23(1)*, 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

Oliveira, C. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem, 2–8.*

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos.*

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro. Dos Comentários à Análise dos Casos.*

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Regulamento n.º 515/2014 Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. (Vol. 7, Issue 2).

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *2.ª Série, N.º 135*, 19359–19370.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário Da República*, 128–155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, *12*(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. *Serviço Nacional de Saúde*, 1–87. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Parreira, P. (2005). *Organizações* (Formasau (ed.); 1º).

Pereira, A., Fortes, I., & Mendes, J. (2013). Artigo Revisão Sistemática De Literatura Comunicação De Más Notícias : Revisão Sistemática Da Literatura Communication of Bad News : Systematic Literature Review. *Journal of Nursing*, 7(1). <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>

Petersson, C., Ringdal, M., Apelqvist, G. & Bergbom, I. (2018). Diaries and memories following an ICU stay: a 2-month follow-up study. *Nursing in Critical Care*, 23(6), 299–307. <https://doi.org/10.1111/nicc.12162>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (Lusociência (ed.); (Ed. Portuguesa).

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 157–164.

Política da Qualidade – CH | ██████████ (n.d.). Retrieved March 29, 2022, from <https://www.████████.min-saude.pt/sistema-integrado-da-qualidade-e-seguranca/gabinete-de-gestao-de-programas-da-qualidade/politica-da-qualidade/>

Rego, A., Cunha, M., Gomes, J., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C. & Marques, C. (2015). *Manual de Gestão de Pessoas e de Capital Humano* (Sílabo (ed.)).

Lei de Bases da Protecção Civil, Diário da República n.º 126 / 2006 , Série I de 2006-07-03 1 (2006).

Ruivo, A., Leal, P., Gato, A., Costa, F. & Pereira, M. (2010). *Per cursos*. 1–38.

Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M., Moura, A. & Zanetti, A. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities TT - Protocolos Operacionais Patrón en la práctica profesional de enfermería: utilización, fragilidades y potencialidades TT - Protocolos Operacionais P. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 126–134. http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126

Sayde, G., Stefanescu, A., Conrad, E., Nielsen, N. & Hammer, R. (2020). Implementing an intensive care unit (ICU) diary program at a large academic medical center: Results from a randomized control trial

evaluating psychological morbidity associated with critical illness. *General Hospital Psychiatry*, 66(January), 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.017>

Schneider, F., Silva, L., Soder, R., Silva, S., & Oliveski, C. (2019). Modelos De Gestão E Estilos De Liderança Em Enfermagem No Serviço Hospitalar E Na Atenção Básica. In Atena (Ed.), *O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 3* (pp. 162–176).

Seker, Y., Hergunsel, O., Bostanci, I. & Zeyda, A. (2017). Utility of using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 to predict mortality in intensive care units. *Eurasian Journal of Medicine and Oncology*, 2. <https://doi.org/10.14744/ejmo.2017.00719>

Silva, A. (2012). *A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos - vivências da família*. 107. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/123456789/1200%5Cn>

Smith, D. & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 28(14), 51–61. <https://journals-rcni-com.e.bibl.liu.se/doi/pdf/10.7748/ns.2017.e11030>

Tareco, E. (2015). *Sistemas Informáticos em Saúde para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7670/1/TESE_FINAL.pdf

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Ministério da Saúde (2º).

Tavares, J., Carneiro, P., Parreira, M. & Pedroso, E. (2021). Avaliação e Abordagem do Doente com Hemorragia Intracerebral Espontânea: Artigo de Revisão. *Medicina Interna*, 28(3), 288–298. <https://doi.org/10.24950/r/54/21/3/2021>

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (Lusociência (ed.); 5º).

Torres, L., Nelson, F. & West, G. (2020). Exploring the Effects of a Nurse-Initiated Diary Intervention on Post – Critical Care Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal of Nursing*, 120(5).

Tovar, L. & Henao Castaño, Á. (2021). Intervenciones y efectividad del Paquete ABCDEF en el tratamiento de delirium: revisión de alcance. *Avances En Enfermería*, 39(3), 395–414. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.85828>

Vieira, C. (2007). Acontecimentos traumáticos: tradução e adaptação da escala Impact of Event Scale – Revised. *Acontecimentos Traumáticos: Tradução e Adaptação Da Escala Impact of Event Scale – Revised*.

Universidade de Évora. (2015). NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. http://www.a3es.pt/si/iportal.php/process_form/print?proces...46-5433b2518b3a&formId=b9fa9aed-7049-99a2-9424-5436eefad109

Wade, D., Als, N., Bell, V., Brewin, C., D'Antoni, D., Harrison, D., Harvey, M., Harvey, S., Howell, D., Mouncey, P., Mythen, M., Richards-Belle, A., Smyth, D., Weinman, J., Welch, J., Whitman, C. & Rowan, K. M. (2018). Providing psychological support to people in intensive care: Development and feasibility study of a nurse-led intervention to prevent acute Stress and long-term morbidity. *BMJ Open*, 8(7), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021083>

Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ANEXOS

ANEXO 1– IMPACT OF EVENT SCALE – REVISED

Escala do impacto de acontecimentos – Revista

No questionário a seguir apresentado encontram-se descritas algumas das dificuldades que as pessoas costumam sentir após terem passado por um acontecimento stressante.

Para cada uma das afirmações do questionário deve indicar o quanto perturbador foi para si, nos *últimos seis meses*, cada uma das situações identificadas, considerando o acontecimento de vida stressante identificado por si. Ou seja, durante os *últimos seis meses*, como é que se sentiu relativamente ao acontecimento stressante.

Para cada uma das questões existe, no lado direito da folha, uma quadrícula numerada de 1 a 5. Estes números servem para representar o seu grau de concordância em relação ao que é questionado e significam o seguinte:

1- Nunca; 2- Raramente; 3- Algumas vezes; 4- Muitas vezes; 5- Sempre

Para assinalar essa resposta deve colocar uma cruz no número que melhor a representa.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	1	2	3	4	5
1) Qualquer recordação relativa ao acontecimento suscita em mim todas as emoções vividas nessa altura	1	2	3	4	5
2) Tive grandes problemas de sono	1	2	3	4	5
3) Outras situações continuavam a fazer-me pensar no acontecimento	1	2	3	4	5
4) Senti-me irritado(a) e enraivecido(a)	1	2	3	4	5
5) Tentava não ficar perturbado(a) quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo	1	2	3	4	5
6) Surgiam-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando não queria	1	2	3	4	5
7) Senti como se nada tivesse acontecido ou como se tudo o que aconteceu não fosse real	1	2	3	4	5
8) Evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento	1	2	3	4	5
9) Imagens sobre o acontecimento apareciam de repente na minha cabeça	1	2	3	4	5
10) Estava com os nervos "à flor da pele"	1	2	3	4	5
11) Tentei não pensar sobre o sucedido	1	2	3	4	5
12) Tive consciência que ainda tinha dentro de mim imensos sentimentos relativos ao acontecimento, mas não lidei com eles	1	2	3	4	5
13) Sentia-me anestesiado em relação ao que aconteceu	1	2	3	4	5
14) Dei por mim a agir e/ou a sentir como se estivesse de volta ao tempo em que tudo aconteceu	1	2	3	4	5
15) Tive dificuldades em adormecer	1	2	3	4	5
16) Tive fases em que vivi sentimentos muito fortes relativos ao acontecimento	1	2	3	4	5
17) Tentei apagar o acontecimento da minha memória	1	2	3	4	5
18) Tive problemas de concentração	1	2	3	4	5
19) Tudo o que me fazia recordar o acontecimento causava em mim reacções físicas como, por exemplo, transpirar, dificuldades em respirar, náuseas ou taquicardia	1	2	3	4	5
20) Sonhei muitas vezes com coisas relativas ao acontecimento	1	2	3	4	5
21) Senti-me atento e/ou cauteloso	1	2	3	4	5
22) Tentei não falar sobre o acontecimento	1	2	3	4	5

ANEXO 2 – HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: _____ Data: ___ / ___ / _____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- Quase sempre
 - Muitas vezes
 - Por vezes
 - Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- Nunca
 - Por vezes
 - Muitas vezes
 - Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- Completamente
 - Não dou a atenção que devia
 - Talvez cuide menos que antes
 - Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- Muito
 - Bastante
 - Não muito
 - Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- Tanto como antes
 - Não tanto como antes
 - Bastante menos agora
 - Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- Muitas vezes
 - Bastantes vezes
 - Por vezes
 - Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- Muitas vezes
 - De vez em quando
 - Poucas vezes
 - Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO 3– CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



Certifica-se que **Ana Sofia Jesus Correia**, nascida em 27/06/1992, com o Número de Identificação Civil 14154808, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da American Heart Association, que decorreu de 29/05/2021 a 30/05/2021, com a duração de 16 horas.

Porto Salvo, 30 de maio de 2021

O responsável pela Ocean Medical,

Marco Castro



ANEXO 4– CERTIFICADO DE APROVAÇÃO NO CURSO DE INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Ana Sofia Jesus Correia, RN

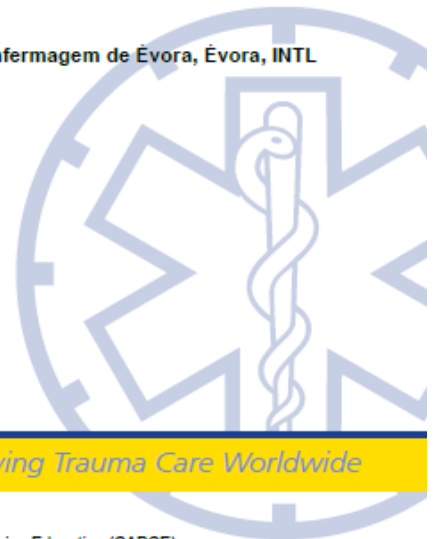
**has completed the
Advanced Provider Course**

date
5/9/2021

course site
Escola Superior de Enfermagem de Évora, Évora, INTL
(International)

course director
Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
 Continuing Education Hours: 19.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL80026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



329155-44563

Ana Sofia Jesus Correia, RN

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date **5/9/2021** Expiration Date **05/2024**

Course Number **44563**

Course Location **Escola Superior de Enfermagem de Évora, Évora, INTL (International)**

**ANEXO 5 – CERTIFICADO DE COLABORAÇÃO NA REALIZAÇÃO DO POSTÊR APRESENTADO NO 2º
SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR**

CERTIFICADO

Certifica-se que *Ana Rita Martins*, apresentou a comunicação oral livre *“Transfusão de Hemoderivados no Pré-hospitalar Salva Vidas?”*, da autoria de Ana Rita Martins, Ana Sofia Correia, Bárbara Lourenço, Eunice Martins, Ricardo Nunes e Mariana Pereira, no 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar, que decorreu no dia 18 de junho de 2021.

Coimbra, 18 de junho de 2021

PELA COMISSÃO ORGANIZADORA

Assinado por: **ANDREA MARINA GASPAR FIGUEIREDO**
Num. de Identificação: B1122601815

ÂNDREA FIGUEIREDO
PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA AEEEMC

PELA COMISSÃO CIENTÍFICA

Assinado por: **LILIANA ANDREIA NEVES DA MOTA**
Num. de Identificação: B121477754

LILIANA MOTA
PRESIDENTE DO CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ESSNorteCVP
EDITORA CHEFE DA REVISTA RIIS



www.aeeemc.com

2.º SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR
18 DE JUNHO DE 2021 | ONLINE



APÊNDICES

APÊNDICE 1 - CRONOGRAMA

Atividade a desenvolver	2021						2022	
	29/9 a	16/10 a	1/11 a	16/11 a	1/12 a	16/12 a	1/1 a	16/1 a
	15/10	31/10	15/11	30/11	15/12	31/12	15/1	31/1
Pesquisa bibliográfica e seleção bibliográfica	x o	x o	x o	x o	x o	x o	x o	x o
Elaboração da apresentação em Prezi					x	x o	o	
Elaboração do plano da sessão de formação					x	o		
Divulgação da sessão de formação					x	x o	o	o
Preparação da sessão formativa					x o	o	o	
Construção do dossier temático em suporte papel					x		o	
Realização do guia orientador para realização do DPI					x	o		
Realização da Revisão Sistemática da Literatura					o	x o		
Realização da sessão formativa							x	o
Pedido de autorização para utilização das escalas de avaliação de SPCI					x		o	
Realização do questionário de avaliação da sessão formativa, do formador e dos conteúdos apreendidos pelos formandos							x	o

Legenda:

x – Cronograma inicial

o – Cronograma final

APÊNDICE 2 – RESUMO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Efeito do Diário da Pessoa internada em UCI na prevenção de distúrbio de *Stress* Pós

Traumático: Uma Revisão Sistemática da Literatura

Effect of the ICU Diary on the prevention of Post Traumatic *Stress* Disorder: A Systematic

Literature Review

Efecto del Diario de hospitalización de la UCI en la prevención del trastorno de estrés

postraumático: Una Revisión Sistemática de la Literatura

Autores

Ana Sofia Correia, Mestranda, Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Algarve EPE, Portugal, asjc@hotmail.com

Alexandra Silveira, Mestre e Especialista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Portugal, xana-edu@hotmail.com

Alice Ruivo, Doutora, Professora Coordenadora, Instituto Politécnico de Setúbal. Membro do CIIAS, Portugal, alice.ruivo@ess.ips.pt

RESUMO

Enquadramento: A hospitalização em Unidades de Cuidados Intensivos [UCI] é uma experiência Stressante para a pessoa internada e para a família devido a múltiplos fatores. Muitos destes, acabam por desenvolver sintomas de *Stress Pós Traumático* [SPT], que se não forem diagnosticados e tratados atempadamente, geram consequências graves no regresso ao quotidiano e na qualidade de vida. Uma estratégia empírica para prevenir o SPT é a criação de uma narrativa para reconstruir o período de internamento em UCI e dar sentido às memórias desfragmentadas e delirantes.

Objetivos: Estudar se a realização do Diário da Pessoa Internada [DPI] em UCI é eficaz na prevenção do desenvolvimento de sintomas de SPT.

Metodologia: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com base na análise de 5 artigos, após processo de pesquisa na base de dados científica EBSCOhost, utilizando os descritores: “Critical Care”; “Diary” e “Stress Disorders, Post Traumatic”; e aplicação de vários critérios de exclusão. Foram aplicadas as JBI Critical Appraisal Tools para avaliar a confiabilidade, relevância e resultados dos artigos.

Resultados/ Conclusões: Prevenir a ocorrência de sintomas de SPT deve ser um foco de atenção dos profissionais de saúde de medicina intensiva. A realização do DPI em UCI é uma estratégia dinamizadora nessa área cujo benefício, a nível quantitativo, não é estatisticamente significativo, mas que, qualitativamente, é uma estratégia muito apreciada pela Pessoa e pela família. Para potenciar o seu efeito, este deverá estar integrado em simultâneo com outras estratégias.

Palavras-chave: Cuidados Intensivos, Diário, *Stress*, Pós Traumático, Pessoa em Situação Crítica, Família

ABSTRACT

Background: Hospitalization in Intensive Care Units is a stressful experience for the inpatient and the family due to multiple factors. Many of these, end up developing symptoms of Post-traumatic Stress Disorder, which if not diagnosed and treated in a timely manner, have serious consequences for returning to daily life and for quality of life. An empirical strategy to prevent Post-traumatic Stress Disorder is the creation of a narrative to reconstruct the period of Intensive Care Units admission and make sense of the defragmented and delusional memories.

Aim: To study whether performing the Patient Diary in an Intensive Care Units is effective in preventing the development of Post-traumatic Stress Disorder symptoms.

Methods: A systematic literature review was carried out based on the analysis of 5 articles after a research process in the scientific database EBSCOhost, using the descriptors: "Critical Care"; "Diary" and "Stress Disorders, Post Traumatic"; and application of several exclusion criteria. The JBI Critical Appraisal Tools were applied to assess the articles' reliability, relevance and results.

Results/Conclusions: Preventing the occurrence of Post-traumatic Stress Disorder symptoms should be a focus of attention of intensive care medicine health professionals. The performance of Patient Diary in Intensive Care Unit is a dynamic strategy in this area whose quantitative benefit is not statistically significant, but, qualitatively, it's a strategy highly appreciated by the person and the family. To enhance its effect, it should be integrated simultaneously with other strategies.

Keywords: Intensive Care, Diary, Post-traumatic Stress Disorder, Person in Critical Situation, Family

**APÊNDICE 3 – PROPOSTA DE GUIA ORIENTADOR PARA A REALIZAÇÃO DO DIÁRIO DA PESSOA
INTERNADA EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

GUIA ORIENTADOR

- REALIZAÇÃO DO DIÁRIO DA PESSOA INTERNADA NA UCI NCT –

1 – INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, o tratamento às pessoas internadas em UCI era focado apenas na cura do problema de saúde e eram subvalorizados os problemas psicológicos que advinham do internamento. A hospitalização em UCI é uma experiência stressante para a pessoa internada e para a família, devido ao ambiente desconhecido, às intervenções a que a pessoa é submetida, ao medo pela incerteza do processo saúde/doença e preocupação com o possível decréscimo na qualidade de vida (Maïté Garrouste-Orgeas et al., 2017). Muitos destes, acabam por desenvolver Síndrome Pós Cuidados Intensivos, através da ocorrência de depressão, ansiedade e sintomas de *Stress Pós Traumático*. A curto e longo prazo, se não forem diagnosticados e tratados atempadamente, as pessoas apresentam consequências graves no regresso ao quotidiano e na qualidade de vida, relacionadas com problemas psicológicos, cognitivos e funcionais (Torres et al., 2020).

Uma das estratégias que pode ser implementada no contexto do internamento em UCI é a elaboração do diário da pessoa internada. Este tem como objetivo recriar o tempo experienciado na UCI, através de texto e fotografias, e contém detalhes sobre a hospitalização e os progressos diários. Assim, ajuda a pessoa a refletir, processar e recuperar de todo o processo de hospitalização preenchendo as lacunas de memória e dando sentido às lembranças confusas e delirantes (Torres et al., 2020). A realização do diário também poderá ter impacto positivo nos sintomas acima referidos dos familiares, pois a família sente-se mais envolvida nos cuidados e mais envolvida com a equipa multidisciplinar, vindo a sentir-se melhor preparada para dar apoio ao doente após a alta ou em caso de luto (Nielsen & Angel, 2016)

2 – OBJETIVOS

Geral:

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à Pessoa e família

Específicos:

Envolver a família e visitas na hospitalização da Pessoa internada em UCI

Prevenir as consequências psicológicas do internamento em UCI na Pessoa e família

3 – QUEM EXECUTA

Equipa multidisciplinar, visitas, família e o próprio doente se estiver em condições clínicas que o permitam escrever.

4 – HORÁRIO

Profissionais de saúde – Na admissão, sempre que ocorra um evento significativo e no momento da alta da UCI.

Família/Visitas/Doente – Sempre que desejem fazê-lo

5 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1 - Absolutos

Pessoas com demência prévia

Pessoas com distúrbio de *Stress* Pós Traumático prévio

Pessoas com patologia psiquiátrica prévia

Pessoas admitidas em morte cerebral

Pessoas a quem se preveja um mau prognóstico em 72 horas

Pessoas a quem se preveja um internamento inferior a 72 horas

5.2 – Relativos (decisão após discussão em equipa de enfermagem e com a família)

Pessoas invisuais

Pessoas analfabetas

Pessoas não instruídas em Língua Portuguesa

6 – IMPLEMENTAÇÃO

6.1 – Materiais

Bloco de Notas A5 ou folhas de papel em branco

Caneta

6.2 – Armazenamento do Diário

O diário da pessoa internada deverá ficar guardado em local seguro, para proteger a sua privacidade perante outrem, de preferência junto da unidade da pessoa para facilitar a escrita tanto aos profissionais de saúde como da família/visitas.

6.3 – Elaboração do Diário

Como realizar	Justificação
Na primeira página deve ser escrito o nome completo da pessoa, a data de nascimento e a data de admissão	Prevenir erros de registo
Todos os registos deverão estar datados e assinados pela pessoa que os efetua	Dar uma ordem cronológica Identificar o profissional/visita/familiar que escreveu
O primeiro registo deverá ser sobre a admissão e quais os primeiros cuidados/intervenções prestadas	Contextualizar o internamento na UCI
Não escrever informação confidencial ou de natureza pessoal (exemplo: HIV +, orientação	Manter a privacidade da pessoa internada/família

sexual, abuso de substâncias)	
A escrita do diário deverá ser quando algo significativo ocorre e não por rotina todos os turnos (exemplo: admissão, alteração na aparência ou condição da pessoa, detalhes explicativos sobre tratamentos ou procedimentos como entubação e traqueostomia e alta)	Dar ênfase aos momentos com maior impacto durante o internamento e dar uma ordem cronológica aos acontecimentos na UCI
Encorajar as visitas e os familiares a participar na realização do diário. Incentivar à escrita de aspetos que estão a ocorrer no exterior, em casa, de particular interesse da pessoa e sentimentos.	Envolver as visitas e os familiares nos cuidados e com os profissionais de saúde. Envolver as visitas e os familiares no processo de recuperação do doente
Todos os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar devem escrever no diário	Envolver toda a equipa no projeto Dar a conhecer à pessoa os profissionais envolvidos no seu cuidado e a função de cada um
Não utilizar linguagem técnica nem abreviaturas	Facilitar a compreensão da pessoa/família acerca do que foi escrito
O último registo deverá ser sobre a alta da pessoa da UCI	Encerrar o internamento na UCI e promover a continuidade de cuidados. Deixar votos de rápidas melhoras.

6.4 – Entrega do Diário à Pessoa/ Família

A entrega do diário à pessoa/família é realizada após o consentimento da mesma no momento da alta.

Se a pessoa falecer, após o consentimento positivo, o diário é entregue à mesma.

Se a pessoa ou família recusar receber o diário, o mesmo é destruído imediatamente.

Em casos de transferência, o diário acompanha a pessoa até ao serviço de destino.

7 – Intervenções/ Registos de Enfermagem

Confirmar que o diário se encontra em local seguro (Manhã e Tarde)

Incentivar as visitas a escrever no diário e ensinar como devem fazê-lo (SOS)

Registar a reação da pessoa/ família face ao diário (SOS)

No momento da alta registar a entrega ou destruição do diário

8 – Bibliografia

Biennvenu, J., Egerod, I., Hosey, M., Jones, C., Nydahl, P. & Varela, M. (2018). ICU Diary of Mr. John Miller. <https://www.icu-diary.org>

Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Fasse, L., Ruckly, S., Amdjar-Badidi, N., Argaud, L., Badie, J., Bazire, A., Bige, N., Boulet, E., Bouadma, L., Bretonnière, C., Floccard, B., Gaffinel, A., de Forceville, X., Grand, H., Halidfar, R., Hamzaoui, O., Jourdain, M., Timsit, J. (2017). The ICU-Diary study: Prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2283-y>

Nielsen, A. H., & Angel, S. (2016). How diaries written for critically ill influence the relatives: A systematic review of the literature. *Nursing in Critical Care*, 21(2), 88–96. <https://doi.org/10.1111/nicc.12158>

Platten, J. (2016). Patient Diary Guidelines – For use in Critical Care. North of England Critical Care Network.

Torres, L., Nelson, F., & West, G. (2020). Exploring the Effects of a Nurse-Initiated Diary Intervention on Post –Critical Care Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal of Nursing*, 120(5)

Valera, J. (2019). Keeping Patient Diaries – Information for relatives. Oxford University Hospitals. NHS Foundation Trust.

Wilson, C. (2015). Patient Diaries. Standards and guidance for the use of patient diaries in Critical Care.

SEC CNN Network Leads. NHS Foundation Trust

APÊNDICE 4– PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

		PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO NA UCI NCT	
Tema: Intervenção de Enfermagem Especializada na prevenção do <i>Stress</i> Pós Traumático na Pessoa em situação crítica internada em UCI e Família.			
Formador	Ana Sofia Correia	N.º de aluno	m47031
Destinatários: Enfermeiros da UCI NCT			
Local: Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo			
Data: 18/01/2022	Hora: 15h	Duração prevista: 30 minutos	
Objectivos da Sessão			
<p>Objetivo Geral - Que no final da sessão os formandos tenham consolidado conhecimentos sobre o <i>Stress</i> Pós Traumático na Pessoa/Família em UCI.</p> <p>Objetivos Específicos – Que no final da sessão os formandos identifiquem as estratégias para reduzir a incidência e intensidade dos sintomas de <i>Stress</i> Pós Traumático na Pessoa/Família, nomeadamente a realização do diário da Pessoa internada em UCI, e que reconheçam a importância da Consulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i>.</p>			
Conteúdos			
Conteúdo	Metodologia/ Meios audiovisuais	Duração	
Apresentação da formadora, do tema da formação em serviço e dos objetivos da sessão	Expositiva/ Computador,	2 minutos	

	Prezi, Zoom	
Contextualização da pertinência do tema da formação em serviço e Enquadramento Teórico sobre o <i>Stress Pós Traumático</i>	Expositiva/ Computador, Prezi, Zoom	5 minutos
Estratégias para Prevenção do <i>Stress Pós Traumático</i> na Pessoa/Família durante o internamento em UCI	Expositiva/ Computador, Prezi, Zoom	8 minutos
Apresentação do guia orientador para realização do Diário da Pessoa internada em UCI	Expositiva/ Computador, Prezi, Zoom	8 minutos
Importância da Consulta de Enfermagem de <i>Follow-Up</i>		5 minutos
Considerações Finais e Bibliografia	Expositiva/ Computador, Prezi, Zoom	1 minuto
Espaço aberto a questões/respostas	Interativa Computador, Prezi, Zoom	
Questionário de avaliação da sessão, da formadora e dos conhecimentos adquiridos	Computador, Google Forms	
Encerramento da sessão	Expositiva	1 minuto
Avaliação da Sessão		
Questionário dirigido à plateia (presencial e online), elaborado através da plataforma Google Forms, onde avalia a sessão de formação, a formadora e os conhecimentos adquiridos pelos formandos.		

APÊNDICE 5 – DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

Área de Gestão da
Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**Intervenção de enfermagem
na prevenção do Stress pós
traumático no pessoa
internada em UCI**

UCINCT

DATA 18-01-2022/HORA:15:00

LOCAL: UCINCT

**FORMADORA: Enf^o Ana Sofia Correia
(aluna da especialidade)**

APÊNDICE 6 – PROJETO DO ESTÁGIO 1

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



V Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Docente: Prof.^ª Dr.^ª Alice Ruivo

Projeto de Estágio

Discentes:

Ana Sofia Correia, m47031

24 de maio de 2021

Introdução

O presente projeto surge no âmbito do Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Centro Hospitalar no Sul do país, parte integrante do V Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, no ano letivo de 2020/2021.

Este documento visa definir, com base nas competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente do cuidado à pessoa em situação crítica, os objetivos a que me proponho atingir neste estágio. Assim, é um contributo para a construção do corpo de conhecimentos, competências e aptidões, que possibilita uma intervenção sistematizada na manutenção de funções básicas de vida, prevenção de complicações, limitação de incapacidades, maximização do bem-estar, conforto e qualidade de vida, potenciado pelo raciocínio clínico na construção do processo de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Objetivos do estágio de acordo com as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista

Domínios das competências comuns	Competências dos domínios das competências comuns	Objetivo	Atividades a desenvolver
Gestão dos cuidados	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	Conhecer o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro chefe do serviço de urgência e do enfermeiro chefe de equipa na gestão dos recursos humanos e materiais e gestão da organização dos diferentes setores no serviço de urgência.	Acompanhamento do enfermeiro chefe e do enfermeiro chefe de equipa na gestão de um turno no serviço de urgência durante 1 turno.
	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.		
Melhoria contínua da qualidade	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	Apresentar uma temática da qual exista necessidade por parte da equipa de enfermagem, dinamizando a implementação de novas estratégias ou projetos para a melhoria da qualidade dos cuidados.	Realização de uma entrevista exploratória ao enfermeiro chefe e à enfermeira orientadora; Elaboração de uma revisão sistemática da literatura; Realização de uma formação em serviço sobre a deteção de vítimas de violência no serviço de urgência.
	Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.		

Competências específicas	Unidades de competência	Critérios de avaliação	Objetivo	Atividades a desenvolver
Cuida da pessoa, família / cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	Identifica prontamente focos de instabilidade; Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma.	Conseguir detetar precocemente a pessoa instável; Desenvolver perspicácia para antecipar a pessoa em risco de instabilidade; Desenvolver habilidades técnicas na execução de procedimentos; Conseguir aplicar o algoritmo de suporte avançado de vida e abordagem em trauma.	Realizar turnos no posto de triagem; Realizar turnos na sala de emergência; <i>Debriefing</i> com o enfermeiro orientador após cada turno.
	Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.	Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.	Desenvolver habilidades na relação de ajuda à pessoa/ família e na comunicação de más notícias.	Priorizar o atendimento à família e à comunicação de más notícias através do protocolo SPIKES.
Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.	Salvaguarda condições de segurança; Adequa resposta em situação de trauma; Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas; Assegura meios de evacuação e transporte; Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis.	Desenvolver competências no cuidado à vítima de trauma; Desenvolver competências na vigilância da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar;	Prestar os cuidados às vítimas de trauma Realizar transferências no âmbito da Via Verde Coronária; Acompanhar pessoas no contexto da Via Verde AVC;
	Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.	Diagnostica precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente; Salvaguardada a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia; Reconhece irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes; Reencaminha para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no	Desenvolver perspicácia para a identificação precoce de vítimas de violência; Sinalizar vítimas para acompanhamento posterior; Desenvolver competências na preservação e recolha de provas forenses.	Pesquisa sobre violência e a sua identificação através de instrumentos de avaliação; Realização de formação em serviço sobre deteção de vítimas de violência no serviço de urgência; Diálogo com os serviços sociais para o encaminhamento da situação de

		apoio à vítima e respetiva família.		violência; Colaboração na colheita de provas.
Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção; Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção.	Entender o papel do enfermeiro especialista no cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção implementadas e enquanto elo de ligação com o GCL-PPCIRA.	Diálogo com o elo de ligação com o GCL-PPCIRA e a enfermeira responsável pelo GCL-PPCIRA sobre os projetos que estão a ser desenvolvidos.
	Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica/ falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos; Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica; Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos; Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas.	Compreender as dinâmicas alteradas no circuito da pessoa, no serviço de urgência, associadas à pandemia por COVID-19; Identificação do doente suspeito ou infetado por COVID 19; Conhecer e cumprir os protocolos existentes no serviço de urgência acerca da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos.	Cuidar da pessoa com suspeita/ infeção por COVID-19.

Conclusão

O doente crítico e a sua família vivenciam processos de elevada complexidade que exigem do enfermeiro especialista competências para conceber, implementar e avaliar planos de intervenção em resposta às suas necessidades. A realização do presente projeto de estágio permitiu a revisão de todas as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente do cuidado à pessoa em situação crítica necessárias para a excelência do cuidar e, ainda que de forma sumária permitiu ainda a sistematização das competências a aprofundar no contexto de estágio a decorrer no serviço de urgência médico-cirúrgica.

Bibliografia

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2.ª Série, N.º 135, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a Série, n.º 26, 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

APÊNDICE 7– PROJETO DO ESTÁGIO FINAL

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



V Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Sr^a Prof^a Doutora Alice Ruivo

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica -

Discente:

Ana Sofia Correia, m47031

1 de outubro de 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



V Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Sr^a Prof^a Doutora Alice Ruivo

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS **Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à** **Pessoa em Situação Crítica -**

Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos e Trauma de um Centro Hospitalar da Região de
Lisboa e Vale do Tejo

Discente:
Ana Sofia Correia, m47031

1 de outubro de 2021

SIGLAS

[DGS] – Direção Geral de Saúde

[ECMO] – Oxigenação por Membrana Extra Corporal

[EEEMC] – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

[GCL-PPCIRA] - Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

[OE] – Ordem dos Enfermeiros

[PSC] – Pessoa em Situação Crítica

[UCI NCT] – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos e Trauma

[UUM] – Unidade de Urgência Médica

[VMI] – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Planificação de objetivos/ atividades a desenvolver para a aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista 156

Tabela 2 - Planificação de objetivos/ atividades a desenvolver para a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica..... 161

Tabela 3 - *Planificação de objetivos/ atividades a desenvolver para a aquisição das competências de Mestre* 162

ÍNDICE

Introdução.....	148
1. Local de Estágio.....	150
2. Processo de Aquisição de Competências.....	152
2.1. <i>Planificação de objetivos e atividades a desenvolver para a aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista</i>	153
2.2. <i>Planificação de objetivos e atividades a desenvolver para aquisição competências específicas de EEEMC: PSC</i>	157
2.3. <i>Planificação de objetivos/ atividades a desenvolver para aquisição competências de Mestre</i> 162	
Considerações Finais.....	163
Referências Bibliográficas	164

Introdução

O presente projeto surge no âmbito do Estágio Final, a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos e Trauma [UCI NCT] de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo, parte integrante do V Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica [PSC], a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, no ano letivo de 2021/2022.

Atualmente os cuidados de enfermagem, assumem-se com maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, uma realidade que abrange a generalidade dos enfermeiros. À luz do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p.4744). Por sua vez, os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem do EEEMC:PSC

observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018, p.19363).

Este documento tem como objetivo geral definir, com base nas competências de mestre e nas competências gerais e específicas do EEEMC:PSC, os objetivos a que me proponho atingir neste estágio. Como objetivos específicos, pretendo refletir acerca das minhas necessidades de aprendizagem e descrever quais as atividades que planeio desenvolver. Este projeto é um contributo para a construção do corpo de conhecimentos, competências e aptidões, que possibilita uma intervenção sistematizada na manutenção de funções básicas de vida, prevenção de complicações, limitação de incapacidades, maximização do bem-estar, conforto e qualidade de vida, potenciado pelo raciocínio clínico na construção do processo de enfermagem (OE, 2018).

Estruturalmente, este documento encontra-se dividido nas seguintes secções: a primeira acerca do local de estágio e de seguida sobre o processo de desenvolvimento de competências enquanto futura EEEMC:PSC. Encerra-se este documento com as considerações finais e as referências bibliográficas que lhe deram suporte.

Apenas acrescentar que foram seguidas as regras de elaboração definidas pela sétima edição da *American Psychological Association* (2020).

1. Local de Estágio

Como já foi referido na introdução, o local eleito para realizar o Estágio Final foi a UCI NCT de um Centro Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo. O plano de estudos deste Mestrado contempla um primeiro Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [PSC] com a duração de 6 semanas e este Estágio Final com a duração de 18 semanas. Escolhi realizar o primeiro estágio no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e preferi este Estágio Final numa Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], pois é a tipologia de serviço onde exerço funções como enfermeira de cuidados gerais na Unidade Hospitalar de Portimão e é a área onde tenho mais interesse em desenvolver e implementar o meu Projeto de Intervenção, realizar o meu Relatório Final e por fim, mas, para mim, mais importante que tudo, trazer novos conhecimentos, ideias e projetos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na minha UCI. A escolha recaiu sobre o serviço acima mencionado pois tive sempre como meta escolher um serviço mais diferenciado do que o meu, com especialidades médicas e cirúrgicas que o meu não tem e com a possibilidade de assistir/colaborar com a execução de procedimentos e cuidados de complexidade superior.

A UCI NCT tem duas entradas ligadas por um corredor. A unidade tem capacidade para receber 16 doentes divididos por 4 quartos, todos com 4 camas. Um desses quartos está preparado para receber doentes de nível 1, sendo o rácio desse nível de cuidados de 4 doentes para 1 enfermeiro. Os outros 3 quartos são para doentes de nível 3 e o rácio é de 2 doentes para 1 enfermeiro. A unidade de cada doente de nível 3 é composta por: ventilador, monitor com capacidade para monitorização invasiva, aspirador, sondas de aspiração, sondas de aspiração rígidas tipo yankauer, rampa de oxigénio, seringas infusoras, bombas infusoras, bomba de nutrição entérica, insuflador manual e máscara de tamanho adequado, e outros consumíveis como seringas, cloreto de sódio 0,9% em unidoses, compressas esterilizadas e não esterilizadas, elétrodos, adesivos, água destilada para limpeza das sondas de aspiração. As unidades de nível 1 são compostas maioritariamente pelos mesmos equipamentos e consumíveis à exceção do ventilador. A nível de zonas comuns, a UCI NCT, é composta por sala de arrumos, sala de terapêutica, copa, vestiário, gabinete da administrativa, sala de médicos, sala de enfermagem, gabinete da enfermeira chefe, sala de acolhimento às visitas e sala de sujos.

A equipa de enfermagem da UCINCT é constituída por 69 enfermeiros. Dos 69 enfermeiros, 68 são elementos na prestação direta de cuidados e o outro elemento é a enfermeira chefe. No total 8 enfermeiros são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 7 são EEEMC e dos quais 4 são EEEMC:PSC e 3 elementos estão a terminar o percurso académico para se tornarem

EEEMC:PSC. Para além dos enfermeiros, constituem a equipa multidisciplinar da UCI NCT médicos, assistentes operacionais e 1 administrativa. Apesar de pertencerem a outro serviço externo à UCI NCT, colaboram com o mesmo 1 fisioterapeuta todos os dias nos turnos da manhã e 1 psicóloga sempre que necessário.

2. Processo de Aquisição de Competências

O percurso para a aquisição de competências especializadas pressupõe a realização de diferentes estágios, de modo a que se possa conjugar os conhecimentos teóricos adquiridos com as diversas experiências vivenciadas nos locais de prática clínica. De acordo com Esteves, Cunha, Bohomol & Negri (2018), os estágios refletem momentos essenciais de aprendizagem já que possibilitam a articulação dos conhecimentos, habilidades e atitudes, assim como fomentam o desenvolvimento de pensamento crítico e tomada de decisão fundamentais para um desempenho autónomo, eficiente e eficaz.

Nesta secção irá ser descrito quais as competências de mestre em enfermagem, enfermeiro especialista e de EEEMC:PSC bem como quais os objetivos e atividades que planeio desenvolver para que estas competências sejam desenvolvidas e consolidadas com sucesso.

2.1. Planificação de objetivos e atividades a desenvolver para a aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista

Domínio de Competências	Competência	Objetivos	Atividades a desenvolver
Da responsabilidade profissional, ética e legal	A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	Aprofundar conhecimentos sobre ética e deontologia profissional	Consulta de documentos como: Código Deontológico profissional da enfermagem, Regulamento do Exercício da Prática Profissional e entre outros a Declaração Universal dos Direitos Humanos
	A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	Promover a proteção dos direitos da pessoa e família	Discussão e reflexão com a enfermeira orientadora em que medida podemos melhorar os cuidados com a aplicação de princípios éticos

		Detetar precocemente situações de risco em que possa estar em causa a segurança, privacidade e dignidade da pessoa e família	e normas deontológicas na UCI-NCT
Da melhoria contínua da qualidade	B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	Dinamizar e integrar o plano de Formação Contínua em Serviço da UNI NCT para o presente ano	Realização do diagnóstico de necessidades de formação da UCI NCT através da realização de uma entrevista exploratória à enfermeira chefe e/ou questionário aos elementos da equipa
	B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	Implementar novas estratégias e/ ou o projeto de intervenção para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados	Realização de uma Formação em Serviço Realização de um projeto de intervenção

	B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.	Gerir situações que possam colocar em causa a integridade da pessoa e respetiva família	<p>Garantir a privacidade da pessoa e família na prestação de cuidados</p> <p>Promoção da privacidade da pessoa e família na prestação de cuidados</p> <p>Envolvimento da pessoa e a sua família na tomada de decisão da prestação de cuidados</p>
Da gestão dos cuidados	C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	Conhecer o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro chefe e do enfermeiro chefe de equipa da UCI NCT na gestão dos recursos humanos e materiais	Discussão e reflexão com a enfermeira chefe e orientadora a melhor forma de gerir situações de <i>Stress</i> vivenciadas no cuidado à PSC, de gerir as emoções vivenciadas pelos profissionais de saúde e de gerir conflitos;
	C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados.	Conhecer o estilo de liderança da UCI NCT	Realização pesquisa de evidência científica acerca dos estilos de liderança e qual a repercussão que estes têm sobre a equipa
		Conhecer o método de trabalho da UCI NCT	Reflexão com a enfermeira orientadora acerca dos benefícios e malefícios do trabalho por equipas na UCI NCT

			Desenvolvimento de estratégias de motivação da equipa
Das aprendizagens profissionais	D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	Adquirir/ Desenvolver/ Consolidar conhecimentos para justificar todos os cuidados prestados à PSC e com falência ou eminência de falência orgânica	Realização de pesquisas bibliográficas de evidência científica;
	D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	Adquirir/ Desenvolver/ Consolidar competências de pesquisa em base de dados científicas	Promoção de momentos de partilha de experiências e conhecimentos entre a equipa e os restantes estudantes/elementos em integração; Realização de <i>debriefing</i> com a enfermeira orientadora

Tabela 1 - Planificação de objetivos/ atividades a desenvolver para a aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista

2.2. Planificação de objetivos e atividades a desenvolver para aquisição competências específicas de EEEMC: PSC

Competência/ Unidades de Competência	Objetivos	Atividades a desenvolver
<p>1- <u>Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.</u></p> <p>1.1- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.</p> <p>1.2- Garante a administração de protocolos</p>	<p>Adquirir/ Desenvolver/ Consolidar competências no cuidado à PSC das diversas especialidades existentes na UCI NCT, com especial enfoque no doente neurocrítico, ventilado e politraumatizado e respetiva família</p>	<p>Aplicação e atualização do processo de enfermagem à PSC</p> <p>Tomar conhecimento dos protocolos de atuação/ normas existentes na UCI NCT</p> <p>Observação e participação na prestação de cuidados</p> <p>Aprofundar o tema do <i>Stress</i> Pós Traumático vivenciado pelas pessoas e família após internamento em UCI</p>

<p>terapêuticos complexos.</p> <p>1.3- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas</p> <p>1.4- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.</p>	<p>Desenvolver competências no cuidado à PSC na transferência intra e inter-hospitalar</p>	<p>Acompanhamento dos doentes até outros serviços da unidade hospitalar como o serviço de Imagiologia ou o Bloco Operatório ou até outras unidades hospitalares</p>
<p>1.5- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<p>Adquirir conhecimentos sobre cuidados de enfermagem à pessoa com Oxigenação por Membrana Extra Corporal [ECMO]</p>	<p>Realização de turnos observacionais na Unidade de Urgência Médica [UUM] para desenvolver competências no cuidado à PSC com ECMO</p>
<p>1.6- Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.</p>	<p>Conseguir detetar precocemente a pessoa instável e agir perante uma situação crítica</p>	<p>Observação holística da PSC para deteção de sinais de deteriorização e gravidade</p> <p>Estabilização da PSC em colaboração com a equipa médica</p> <p>Aplicação do algoritmo de suporte avançado de vida e abordagem em trauma</p>

	<p>Conseguir manter uma comunicação eficaz com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva [VMI]</p> <p>Gerir eficazmente a dor na PSC</p>	<p>Utilização de escalas de avaliação da dor (sobretudo na pessoa submetida a VMI) e gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas para a dor</p> <p>Utilização de estratégias para otimização da comunicação não verbal com a pessoa submetida a VMI, nomeadamente o uso da aplicação “Letme Talk”</p>
	<p>Desenvolver habilidades na relação de ajuda à pessoa/família e na comunicação de más notícias</p>	<p>Utilização do protocolo SPIKES em situação de comunicação de más notícias</p>
<p>2- <u>Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.</u></p>	<p>Desenvolver competências no que respeita à definição de prioridades</p>	<p>Planeamento dos cuidados durante o turno de acordo com as prioridades apresentadas</p>
<p>2.1-Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.</p>	<p>Conhecer o plano de evacuação, emergência e catástrofe do Hospital São José e da UCI NCT</p>	<p>Leitura e reflexão sobre o plano de evacuação, emergência e catástrofe do Hospital São José e da UCI NCT</p>
<p>2.2-Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.</p>	<p>Acompanhar o trabalho da equipa de emergência pré-hospitalar</p>	<p>Realização de turnos observacionais na Viatura Médica de Emergência e Reanimação e na ambulância de Suporte Imediato de Vida para conhecer a resposta da equipa de emergência pré-hospitalar</p>
<p>2.3-Planeia resposta à situação de catástrofe</p>		

<p>2.4-Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.</p> <p>2.5-Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.</p>	<p>Acompanhar o trabalho da equipa da Proteção Civil</p>	<p>Realização de um turno observacional na Proteção Civil para conhecer os planos de resposta em situações de emergência e catástrofe</p>
<p><u>3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</u></p> <p>3.1-Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p> <p>3.2-Lidera o desenvolvimento de procedimentos</p>	<p>Conhecer o papel do EEMC:PSC no cumprimento e na promoção das medidas de prevenção e controlo de infeção de acordo com as normas emanadas pela Direção Geral de Saúde [DGS]</p>	<p>Realização de um turno observacional no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [GCL-PPCIRA] para conhecer o papel do enfermeiro elo de ligação com o GCL-PPCIRA e que projetos que estão a ser desenvolvidos</p>
	<p>Conhecer e cumprir os protocolos existentes na UCI NCT acerca da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos</p>	<p>Leitura de protocolos e diretrizes do CHULC e da UCI NCT</p> <p>Diálogo com os elos de ligação da UCI NCT e GCLPPCIRA para conhecer os projetos em desenvolvimento e as alterações no circuito da pessoa/família/visitas, na UCI NCT, associadas à pandemia pelo novo Coronavírus</p>

<p>de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Tabela 2 - Planificação de objetivos/ atividades a desenvolver para a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

2.3. *Planificação de objetivos/ atividades a desenvolver para aquisição competências de Mestre*

Competências	Objetivos	Atividades a desenvolver
<p>1- Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.</p>	<p>Dinamizar/ Implementar o projeto de intervenção na UCI NCT</p>	<p>Elaboração de um projeto de intervenção de estágio</p>
<p>2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.</p> <p>3- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.</p>	<p>Reunir evidência científica e apresentá-la em formato de artigo científico</p>	<p>Elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura</p>
<p>4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.</p> <p>5- Participa de forma proactiva em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.</p> <p>6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.</p> <p>7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.</p>	<p>Compilar todos os conhecimentos e experiências vivenciadas.</p>	<p>Elaboração do Relatório Final de Estágio.</p>

Tabela 3 - *Planificação de objetivos/ atividades a desenvolver para a aquisição das competências de Mestre*

Considerações Finais

O doente crítico e a sua família vivenciam processos de elevada complexidade que exigem do EEEMC:PSC competências para conceber, implementar e avaliar planos de intervenção em resposta às necessidades sentidas pelos mesmos. Assim, todo o percurso académico e clínico realizado até então, culmina com a realização deste Estágio Final e posteriormente do Relatório de Estágio, onde é esperado que sejam aplicados todos os conhecimentos adquiridos ao longo desta formação especializada.

A realização do presente projeto de estágio permitiu a revisão das competências de mestre e de todas as competências gerais e específicas do EEEMC:PSC necessárias para a excelência do cuidar da PSC. Permitiu ainda que fosse efetuado um planeamento sistematizado de objetivos e atividades a desenvolver para que com o decorrer do estágio esteja facilitado todos os momentos de revisão de conteúdos e não ocorram desvios aos focos iniciais, tendo sempre em consideração que os ensinamentos clínicos não são estanques mas sim dinâmicos.

Em suma, ao refletir sobre as questões e particularidades relacionadas com o Estágio Final, penso ter atingido os objetivos inicialmente propostos com a realização do presente Projeto de Estágio, tendo este sido de fulcral importância para a organização de ideias e ordem de trabalhos.

Referências Bibliográficas

Esteves, L., Cunha, I., Bohomol, E., & Negri, E. (2018). O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 1842-1853.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2.ª Série, N.º 135, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/201, Diário da República n.º 26, série I de 6 de fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

APÊNDICE 8 – ESTUDO DE CASO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



V Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof^a Doutora Alice Ruivo

SRº IT: UM ESTUDO DE CASO

Planeamento dos Cuidados de Enfermagem

Discente:

Ana Sofia Jesus Correia, m47031

22 de Outubro de 2021

SIGLAS e ABREVIATURAS

[AVD's] – Atividades de vida diárias

[BIS] – Índice Bispetral

[BPS] – *Behavioral Pain Scale*

[CIPE] – Classificação Internacional Prática Enfermagem

cm – centímetros

cmH₂O – centímetros de água

[EC] – Estudo de Caso

[ECDT] – Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

[ECG] – Escala de Comas de Glasgow

[EOT] – Entubação Oro-Traqueal

FiO₂ -fração inspirada de oxigênio

mmHg – milímetros de mercúrio

[pCO₂] – Pressão parcial de dióxido de carbono

[pH] – potencial hidrogeniônico

[PIC] – Pressão Intra-Craniana

[pO₂] – Pressão parcial de oxigênio

[PSC] – Pessoa em Situação Crítica

[PtiO₂] – Pressão de oxigênio tecidual

[RASS] – *Richmond Agitation Sedation Scale*

SpO₂ - Saturação periférica de oxigênio

Sr. - Senhor

[SU] – Serviço de Urgência

[TA] – Tensão arterial

[TC] – Tomografia Computorizada

[TOT] – Tubo Oro-Traqueal

[UCI NCT] – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos e Trauma

[VA] – Via Aérea

[VMER] – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

[VMI] – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Abordagem XABCDE	178
Tabela 2 – Plano de Cuidados para o diagnóstico Infecção, Risco.	180
Tabela 3 – Plano de Cuidados para o diagnóstico Pressão intra craniana aumentada: Presença.....	184
Tabela 4 – Plano de Cuidados para o diagnóstico Infecção (pulmões), Risco	185
Tabela 5 – Plano de Cuidados para o diagnóstico Dor: Risco	187
Tabela 6 – Plano de Cuidados para o diagnóstico Medo da morte: Presença	Error! Bookmark not defined.

ÍNDICE

Introdução.....	171
1. Descrição do Caso.....	173
2. Avaliação XABCDE.....	176
3. Plano de Cuidados.....	179
3.1 Risco de infecção, relacionado com o local de inserção do sensor de neuromonitorização	180
3.2 Pressão intra craniana aumentada	181
3.3 Risco de infecção (pulmões), relacionada com a entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva	185
3.4 Risco de dor	186
3.5 Medo da morte, relacionado com os sentimentos da família perante a situação clínica do Srº IT.....	
Error! Bookmark not defined.	
Considerações finais.....	189
Referências bibliográficas	190

Introdução

O presente Estudo de Caso [EC] surge no âmbito do Estágio Final, a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos e Trauma [UCI NCT] de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo, parte integrante do V Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica [PSC], a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, no ano letivo de 2021/2022.

Dissecar a multiplicidade de fenómenos inerentes à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença pode ser desafiante. O EC é um método de pesquisa estruturado, empírico, que investiga fenómenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real e que tem como objetivo explorar, descrever e explicar um evento e ter uma compreensão profunda do fenómeno em causa (Andrade *et al.*, 2017). Neste sentido, os EC permitem refletir sobre a ação de uma forma mais completa e sistematizada, constituindo estratégias de aprendizagem de grande relevância. Este EC centra-se numa pessoa em situação crítica vítima de politrauma com necessidade de neuromonitorização e a sua família, e para o qual se estrutura uma abordagem pela metodologia XABCDE e se concretiza um Plano de Cuidados de Enfermagem. A pessoa em situação crítica pode ser definida como 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 [OE], 2018, p.19362).

A *Neurocritical Care Society* (2015) citada por Carvalho (2016) considera o doente neurocrítico incluído no conceito acima referido devido a diferentes disfunções neurológicas e neurocirúrgicas, tal como hemorragias, enfartes isquémicos, tumores cerebrais, lesões traumáticas, estados mal epiléptico, e doenças neuromusculares. Esta tipologia de doente apresenta particularidades únicas no seu cuidado pelo que deve ser dada especial pertinência à interface cérebro e outros órgãos. Atendendo à complexidade dos processos vivenciados pela pessoa e família em situação crítica, é fundamental que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EEEMC]:PSC baseie a sua *práxis* clínica em evidência científica (OE, 2019).

A elaboração deste EC tem como objetivo geral, além de ser parte integrante da avaliação da unidade curricular Estágio Final, contribuir para a construção do corpo de conhecimentos, competências e aptidões, essencial para a intervenção sistémica e sistematizada do EEEMC:PSC. Como objetivos específicos, pretende-se aprofundar conhecimentos nas intervenções de enfermagem especializadas na manutenção de funções básicas de vida, prevenção de complicações,

limitação de incapacidades, maximização do bem-estar, conforto e qualidade de vida de uma PSC vítima de politrauma com necessidade de neuromonitorização e a família.

Estruturalmente, este EC, encontra-se dividido em 5 secções principais, sendo a primeira a descrição do caso clínico, com recurso a iniciais e datas fictícias (dentro do período de estágio), no sentido de se salvaguardar o “dever de sigilo” exigido pela deontologia profissional (OE, 2016). De seguida é apresentada a abordagem XABCDE. Na quarta secção encontram-se os diagnósticos de enfermagem seleccionados e as respetivas intervenções de enfermagem. Termina este EC com as considerações finais e as referências bibliográficas que sustentaram cientificamente toda a informação partilhada.

Por fim, apenas acrescentar que este trabalho foi redigido à luz do novo acordo ortográfico, exceto nas citações diretas e segue as normas para elaboração, citação e referenciação da 7ª edição da *American Psychological Association*.

1. Descrição do Caso

O Sr. IT é uma pessoa do sexo masculino, de 46 anos, de raça negra e independente nas suas atividades de vida diárias [AVD'S]. Sem antecedentes pessoais conhecidos, sem toma habitual de medicação e sem alergias conhecidas.

No dia 12/10/21 o Sr. IT sofreu um atropelamento com projeção. Foi assistido pela viatura médica de emergência e reanimação [VMER] no local que constatou um *score* na escala de comas de Glasgow [ECG] de 3 (sem abertura ocular a qualquer estímulo, sem resposta verbal e sem resposta motora a qualquer estímulo). Foi entubado orotraquealmente [EOT] para proteção da via aérea [VA] e iniciou ventilação mecânica invasiva [VMI]. Foi transportado para o serviço de urgência [SU] de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo onde se constatou na primeira avaliação que mantinha o *score* 3 na ECG sem sedativos, anisocória (pupila esquerda maior que a pupila direita), otorragia à esquerda e várias escoriações dispersas. Do ponto de vista hemodinâmico, com hipotensão marcada, com necessidade de iniciar reposição de fluidos e aporte aminérgico com noradrenalina.

Após a primeira avaliação, realizou os seguintes exames complementares de diagnóstico e terapêutica [ECDT] e onde se constatou o seguinte:

- 1- Tomografia Computorizada [TC] Crânio-Encefálica – Apagamento difuso dos espaços sulco-cisternais, sobretudo ao nível das cisternas da base e dos sulcos corticais cerebrais das convexidades, bem como colapso parcial do sistema ventricular supratentorial, em provável relação com edema cerebral difuso. Coexistem múltiplas densidades hemáticas subaracnoideias sulcais das convexidades cerebrais e peri-mesencefálicas e laminae hemáticas subdurais falco-tentoriais bilaterais;
- 2- TC Maxilo-Facial – Fratura da base do crânio que envolve a porção petro-mastoideia dos temporais, estendendo-se às cavidades glenóides e atravessando o ouvido médio à esquerda com interrupção da normal anatomia da cadeia ossicular nesse lado. A fratura envolve também o corpo do esfenoide e as suas grandes asas, intercetando os canais carotídeos bilateralmente. Hemossinus. Fratura dos ossos próprios do nariz. Espessamento dos tecidos moles epicranianos em provável relação com edema no local de impacto;
- 3- TC Coluna Cervical – Fratura de D3 (apófise espinhosa, lâminas bilateralmente, pedículo esquerdo, corpo vertebral), fratura linear da 2ª costela esquerda;
- 4- TC Toraco-Abdómino-Pélvico – Ausência de pneumotórax. Apresenta lâmina de hemotórax à esquerda. Contusão pulmonar hemorrágica à esquerda, no contexto das

fraturas do arco costal esquerdo. Sem derrame pleural à direita. Sem hemo ou pneumoperitoneu. Sem líquido retroperitoneal. Traço de fratura na vertente externa do 2º, 3º, 5º e 6º arco costal esquerdo com ligeiro desalinhamento do 3º arco costal esquerdo.

Ainda em contexto de SU, foi requerida observação pelas seguintes especialidades médica: neurocirurgia, ortopedia e da unidade vertebro-medular. Após reunião multidisciplinar, o plano para o Sr. IT é ser internado e estabilizado na UCI NCT, colocação de sensor de neuromonitorização para avaliar a pressão intra craniana [PIC], pressão de perfusão cerebral [PPC], pressão tecidual parcial de oxigénio [PtiO₂] e iniciar medidas antiedematosas cerebrais. Deve ser colocado um colar cervical tipo Filadélfia se estiver agitado. Se não ocorrer agitação deve permanecer em decúbito dorsal, elevar a cabeceira até 45º e ser reavaliado se ocorrer alteração do estado neurológico.

O Sr. IT foi admitido na UCI NCT, ainda no dia 12/10/21, e a avaliação inicial de enfermagem foi a seguinte:

- 1- Sem sedação. *Score* 4 na ECG (sem abertura ocular, sem resposta verbal e com resposta motora em extensão). Anisocória (pupila esquerda superior à direita), não reativas. Iniciou sedação com perfusão de propofol, ficando com *score* -5 na escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* [RASS]. O Índice Bispectral [BIS] entre 25-35. Foi colocado o sensor para neuromonitorização;
- 2- Sem analgesia. *Score* 3 na escala *Behavioral Pain Scale* [BPS]. Iniciou analgesia com perfusão de fentanil;
- 3- Pele com lesão na região parietal direita que foi suturada e lábio superior. Foi colocado cateter venoso central na veia jugular interna direita e cateter arterial na artéria radial direita. Procedimentos sem intercorrências;
- 4- Hemodinamicamente estável. Inicialmente sem aporte vasopressor, no entanto após análise de valor de TA média com o transdutor zerado ao nível do tragus e da PIC, iniciou perfusão de noradrenalina para otimização da PPC. Traçado cardíaco rítmico, sinusal e normocárdico. Apirético;
- 5- EOT e conectado à ortótese ventilatória em modalidade de Pressão Controlada. Secreções purulentas no tubo orotraqueal [TOT] e sialorreia na orofaringe. Gasimetricamente, bem oxigenado com uma pressão parcial de oxigénio [pO₂] de 170mmHg, sem hipercápnia com pressão parcial de dióxido de carbono [pCO₂] de 33mmHg, bicarbonatos de 26mmHg e potencial hidrogeniónico [pH] discretamente alcalótico (alcalose respiratória) com 7,47;
- 6- Sonda gástrica em drenagem passiva. Normoglicémico;

7- Drenagem vesical funcionando com débitos urinários mantidos. Sem hematúria. Sem trânsito intestinal.

A abordagem XABCDE, os diagnósticos de enfermagem e o plano de cuidados a seguir descritos, estão delineados para o momento da admissão do Sr. IT na UCI NCT, pois as necessidades da PSC estão em constante dinamização pelo que o processo de enfermagem e as suas intervenções estão em constante atualização.

2. Avaliação XABCDE

A abordagem ABCDE é uma sistematização da avaliação da vítima em situação crítica e que tem como objetivo a orientação da atuação dos profissionais de saúde segundo as prioridades vitais e de forma contínua e sequenciada. A utilização desta mnemónica também apresenta como vantagens o facto de ser uma abordagem protocolada, o que visa a uniformização da linguagem e que por sua vez melhora o trabalho em equipa. A mnemónica ABCDE significa em A via aérea, em B ventilação, em C circulação, em D disfunção neurológica e em E exposição (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019).

Na abordagem sistematizada à vítima que sofreu um trauma, a avaliação da presença de hemorragia exsanguinante e a prioridade no seu controlo prevalece relativamente ao início da restante abordagem ABCDE. Deste modo para avaliação em trauma altera-se a mnemónica ABCDE para XABCDE (Campbell & Alson, 2016)

X (Hemorragia exsanguinante)	Ausente
A Airway (Via Aérea)	VA patente com EOT com TOT nº 8 ao nível 22cm à comissura labial, fixo por fio de nastro, e com <i>cuff</i> insuflado mecanicamente através do ventilador a uma pressão entre 25 e 30 cmH ₂ O. A radiografia de tórax de controlo confirma adequado posicionamento do TOT, cerca de 3cm acima da carina. Sem desvio da traqueia. Sem secreções na orofaringe. Com secreções purulentas no TOT.

B <i>Breathing</i> (Ventilação)	<p>Sob VMI na modalidade de pressão controlada com os seguintes parâmetros ventilatórios: FiO₂ de 30%, pressão positiva no final da expiração de 5, frequência respiratória de 23 ciclos por minuto, e pressão inspiratória de 12. SpO₂ oscilante entre 98 e 100%. Através da observação, percussão e auscultação verifica-se que apresenta tórax simétrico, murmúrio vesicular mantido e sem ruídos adventícios.</p>
C <i>Circulation</i> (Circulação)	<p>Pele quente e seca ao toque, com tempo de preenchimento capilar < a 2 segundos e sem sinais de má perfusão periférica. Mucosas coradas e razoavelmente hidratadas. Otorragia à direita. Monitorizada electrocardiograficamente com traçado cardíaco rítmico de base sinusal, na ordem dos 65-80 batimentos por minuto. Normotenso, com valores de TA sistólica entre 112 e 141mmHg e TA diastólica de 66/74mmHg com TA média aproximadamente 84mmHg. Tempo de preenchimento capilar <2 segundos. Cateter venoso central inserido na veia jugular interna direita e cateter arterial inserido na artéria radial direita, ambos sem sinais inflamatórios nos locais de inserção. Sonda vesical permeável com débitos urinários horários mantidos de urina alaranjada. Realizada colheita de sangue para análises e feito eletrocardiograma.</p>
D <i>Disability</i> (Disfunção Neurológica)	<p>Inicialmente sem sedação com <i>score</i> 4 na ECG (sem abertura ocular, sem resposta verbal e com resposta motora em extensão. Anisocória presente. Posteriormente com sedação com propofol com <i>score</i> -5 na escala de RASS e analgesiado com fentanil. Colocado sensor para neuromonitorização com os seguintes primeiros valores (PIC de 21mmHg e PtiO₂ de 9). Como apresentava valores de PPC inferiores a 65mmHg (62,5mmHg), com avaliação da TA como transdutor nivelado ao nível do tragus, iniciou perfusão de noradrenalina para garantir a pressão de perfusão cerebral. Normoglicémico (127mg/dL).</p>

E <i>Exposure</i>	(Exposição)	Ferida na região parietal direita suturada. Apirético. Com colar cervical tipo Filadélfia.
-----------------------------	--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 4 – Abordagem XABCDE

3. Plano de Cuidados

Os cuidados de enfermagem deverão primar pela alta qualidade e individualização, e estes são explanados num plano de cuidados, de forma a responder às necessidades da pessoa, devendo ser constantemente atualizado mediante as alterações que se forem verificando (Berlofi, L. & Bianchini, 2013). A avaliação diagnóstica, a elaboração de planos de cuidados e a monitorização constante são de importância fulcral no cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (OE, 2018). A família no contexto de unidade de cuidados intensivos é um foco do cuidar, devendo ser envolvida no plano de cuidados como uma componente do doente crítico, num plano individualizado e humanizado (Silva, 2012).

Neste EC, atendendo às necessidades do Sr. IT e da sua família, e apesar de serem vários os diagnósticos de enfermagem identificados, foram apenas selecionados aqueles que são mais particulares da situação clínica. Da mesma maneira, apenas serão fundamentados os planos de cuidados que à data desconhecia os cuidados a prestar e o seu porquê. Assim, os diagnósticos de enfermagem selecionados são:

- 1- Risco de infeção, relacionado com o local de inserção do sensor de neuromonitorização;
- 2- Pressão intracraniana aumentada;
- 3- Risco de infeção (pulmões), relacionada com a ventilação mecânica invasiva;
- 4- Risco de dor;
- 5- Medo da morte, relacionado com os sentimentos da família perante a situação clínica do Sr. IT.

Seguidamente irão ser apresentados os planos de cuidados desenvolvidos para colmatar as necessidades identificadas no Sr. IT e na sua família. Os mesmos foram abordados e estruturados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] - Versão 2019.

3.1 Risco de infeção, relacionado com o local de inserção do sensor de neuromonitorização

<p>Foco: Infeção - “Processo patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo” (ICNP, 2019).</p>		
Diagnósticos	Intervenções	Objetivos
Infeção, Risco	<p>Cumprimento dos 5 momentos de higiene e desinfeção das mãos; Usar técnica asséptica na execução do tratamento ao local de inserção do sensor clorexidina 2% em solução. Vigiar o local de inserção do sensor; Manter o penso limpo, seco e aderente externamente; Desinfetar os cabos e monitor com álcool 70º 1 vez por turno.</p> <p>(Direção-Geral da Saúde, 2015b) (George, 2012)</p>	<p>Prevenir a infeção associada ao dispositivo inserido; Despistar precocemente a ocorrência de infeção.</p> <p>(Direção-Geral da Saúde, 2015b)</p>

Tabela 5 – Plano de Cuidados para o diagnóstico Infeção, Risco.

3.2 Pressão intracraniana aumentada

Foco: Pressão intracraniana - “Pressão/ Dimensão Física” (ICNP, 2019).

A pressão intracraniana é a pressão que o crânio exerce sobre o cérebro, o líquido cefalorraquidiano e os vasos sanguíneos (Barreto, 2017).

Diagnósticos	Intervenções	Objetivos
PIC aumentada: Presença	Vigiar valores de PIC, PtiO ₂ e PPC; Manter a cabeceira elevada pelo menos a 30°C; Manter o alinhamento corporal com a cabeça e pescoço na posição neutra; Manter a normoglicemia; Manter a normotermia; Promover a sedo-analgesia/ Agentes de bloqueio neuromuscular; Vigiar balanço hídrico; Vigiar valores de sódio sérico; Vigiar adaptação ventilatória; Vigiar o padrão intestinal e promover o trânsito intestinal regular e com fezes moles; Considerar hiperventilação, se o aumento da pressão intracraniana for refratário às outras medidas instituídas; Gestão ambiental (redução de estímulos externos como intervenções de enfermagem desnecessárias, diminuição da luminosidade, diminuição do ruído). (C. Costa, 2017)	Reduzir a PIC para valores dentro da normalidade; Manter PPC adequadas; Prevenir/ reduzir complicações decorrentes do aumento da PIC; Promover a perfusão e oxigenação cerebral.

Fundamentação de cada intervenção:

Vigiar valores de PIC, PtiO₂ e PPC – Monitorizar os valores para avaliação e interpretação dos mesmos, adequação dos cuidados de enfermagem e deteção de possíveis complicações. O principal objetivo é reduzir lesões cerebrais secundárias tendo como foco a proteção das áreas cerebrais passíveis de serem recuperadas (Causer, Zlpf, & George, 2011).

Manter a cabeceira elevada pelo menos a 30º, manter o alinhamento corporal com a cabeça e pescoço na posição neutra – A cabeceira deve estar elevada a pelo menos 30º acima do nível do coração, pois o posicionamento na horizontal aumenta a PIC pela diminuição do retorno venoso. O posicionamento com alinhamento da cabeça e pescoço evita a compressão das veias jugulares internas e externas pelo que favorece o retorno venoso (Loftus, 2019)

Manter a normoglicémia – A ocorrência de hiperglicémia nas pessoas com hipertensão craniana está associado a um aumento do risco de morte e pior *outcome* funcional, independentemente se a pessoa já é diabética ou não. A evidência mais atual revela que se deve otimizar a glicémia para valores entre os 100 e 150mg/dL, em detrimento da discreta hipoglicémia antes defendida (80-110mg/dL) pelo risco de hipoglicémia cerebral e do aumento da taxa de mortalidade associado (J. Tavares et al., 2021).

Manter a normotermia – A hipertermia está associada ao aumento do consumo de oxigénio cerebral e consequentemente associada a um pior *outcome*, pelo que a devemos evitar ou tratar se já estiver instalada. Apesar disso, estudos mais recentes revelam que tanto a hipotermia como a normotermia não melhoram o prognóstico funcional nem a taxa de mortalidade, no entanto ainda é preconizado o controlo ou tratamento da hipertermia (J. Tavares et al., 2021).

Promover a sedo-analgesia/ Agentes de bloqueio neuromuscular – Nos cuidados intensivos, a maioria dos procedimentos são potencialmente dolorosos, pelo que podem causar ansiedade e agitação, como por exemplo os cuidados de higiene, os posicionamentos, os procedimentos cirúrgicos, o transporte do doente e entre outros a aspiração de secreções. Neste contexto, antes da realização destes procedimentos é importante gerir a sedação e analgesia, pois a agitação e ansiedade contribuem para o aumento da PIC e consumo energético cerebral. Os sedativos devem ser utilizados com prudência pois alteram o real exame neurológico e deve ser utilizado um sedativo com curta semi-vida para se conseguir suspender a administração do fármaco e em pouco tempo se realizar o exame neurológico. A vigilância da dor no doente com hipertensão craniana é essencial, pois a dor promove a

elevação da PIC pela ausência de conforto e bem-estar, devendo por isso ser implementada analgesia adequada. A paralisia neuromuscular embora cause a diminuição da PIC em casos de PIC refratária, o seu uso precoce, rotineiro e a longo prazo está associado ao desenvolvimento outras complicações extra cranianas como o aumento do número de dias de internamento em UCI e pneumonia associada à ventilação (Loftus, 2019).

Vigiar balanço hídrico e vigiar valores de sódio sérico – A avaliação da diurese é uma intervenção fundamental na PSC pois permite a avaliação da perfusão renal. Em neurocríticos, o enfermeiro deve estar atento ao débito urinário dado que a poliúria é um dos primeiros sinais sugestivos da secreção inapropriada de hormona antidiurética ou síndrome perdedor de sal. A prevenção da hiponatremia e hipernatremia é muito importante na promoção do *outcome* neurológico porque as alterações no balanço do sódio e da água afetam o sistema nervoso central. A hiponatremia é o mais frequente em doentes neurológicos e está associado à hemorragia subaracnoideia de causa aneurismática, lesão traumática cerebral e meningite (J. Tavares et al., 2021).

Vigiar adaptação ventilatória – Ao otimizar a agitação e analgesia estamos a otimizar a adaptação da pessoa ao ventilador. A desadaptação ventilatória resulta numa ventilação inadequada e em esforço, resultando numa pressão torácica aumentada, o que leva à diminuição do retorno venoso cerebral e por conseguinte à elevação da PIC (Barreto, 2017).

Vigiar o padrão intestinal e promover o trânsito intestinal regular e com fezes moles – Deve-se prevenir a obstipação e promover as fezes moles, evitando assim o aumento da pressão intra abdominal e consequentemente o aumento da PIC. A PSC já por si só, tem fatores de risco para o desenvolvimento de obstipação, nomeadamente analgesia com opióides e imobilidade prolongada (Barreto, 2017).

Considerar hiperventilação, se o aumento da pressão intracraniana for refratário às outras medidas instituídas – A hiperventilação permissiva temporária (cerca de 30 minutos) tem como objetivo reduzir o valor de pCO₂ para níveis entre os 25-30mmHg, logo induzir uma alcalose respiratória, vasoconstrição das arteríolas intracerebrais e consequentemente reduzir a PIC. Não deve ser adoptada uma hiperventilação excessiva, com pCO₂ inferior a 25mmHg, pois a vasoconstrição extrema pode levar à isquémia cerebral (J. Tavares et al., 2021)

Gestão ambiental (redução de estímulos externos como intervenções de enfermagem desnecessárias, diminuição da luminosidade, diminuição do ruído) – O enfermeiro deve gerir o

ambiente da unidade da pessoa com hipertensão intracraniana, potencializando assim um ambiente mais calmo e seguro. O enfermeiro deve acumular as intervenções de enfermagem possíveis para diminuir o número de vezes que estimula o doente, evitando ações que sejam desnecessárias e não prioritárias, prevenindo o aumento da PIC. A luminosidade e o ruído são aspetos que na prática clínica afetam a pessoa com hipertensão intracraniana, sendo visível a subida do valor de PIC através da monitorização multimodal, nos momentos de maior agitação (Carvalho, 2018) (Rubert, Long, & Hutchinson, 2000).

Tabela 6 – Plano de Cuidados para o diagnóstico Pressão intracraniana aumentada: Presença

3.3 Risco de infecção (pulmões), relacionada com a entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva

<p>Foco: Infecção - “Processo patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo” (ICNP, 2019).</p>		
Diagnósticos	Intervenções	Objetivos
<p>Infeção, Risco</p>	<p>Avaliar diariamente a possibilidade de reduzir ou se possível parar a sedação;</p> <p>Avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação;</p> <p>Manter cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$ e evitar momentos de posição supina porque favorece o refluxo do conteúdo gástrico/ nutrição entérica e conseqüentemente a aspiração desse conteúdo.</p> <p>Realizar higiene oral pelo menos 1 vez por turno com clorexidina a 0,2% antes de baixar a cabeceira e após verificação do <i>cuff</i>;</p> <p>Trocar os circuitos ventilatórios apenas quando necessário e não por rotina;</p> <p>Manter o <i>cuff</i> do tubo endotraqueal à pressão de entre 20 e 30 cm H₂O.</p> <p>(Direção-Geral da Saúde, 2017b)</p>	<p>Prevenir a ocorrência de pneumonia associada à ventilação</p>

Tabela 7 – Plano de Cuidados para o diagnóstico Infecção (pulmões), Risco

3.4 Risco de dor

Foco: Dor - "Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga ao contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (ICNP, 2019).

Diagnósticos	Intervenções	Objetivos
Dor: risco de	Monitorizar a dor através da escala BPS; Gerir a dor através de medidas não farmacológicas; Administrar analgésicos; Avaliar a resposta às intervenções implementadas; Registrar a dor e demais intervenções de enfermagem no processo clínico. (Hayes & Gordon, 2015) (Ministry of Health - Region of Madrid, 2017) (Urden, Stacy, & Lough, 2014)	Prevenir a dor; Reduzir a dor; Promover o conforto.

Fundamentação da intervenção:

Monitorizar a dor – É extremamente importante a avaliação e monitorização da dor em qualquer doente para promoção do conforto e bem-estar. No entanto, deve ser dada particular atenção a esta avaliação nos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal, como é o caso da pessoa sob VMI (DGS, 2008), sendo esta em contexto de UCI por vezes subvalorizada pelo facto dos doentes já estarem, na maioria das vezes, sob sedo-analgesia contínua e pelo facto de, por vezes, centralizarmos os cuidados nos procedimentos técnicos e vitais.

Administrar analgésicos - Previamente às intervenções que causam dor, nomeadamente os cuidados de higiene, os posicionamentos, os procedimentos invasivos como endoscopias ou colocação de catéteres, a transferência e transporte da pessoa e entre outros a aspiração de secreções, deve ser prevenida a dor administrando analgesia. É extremamente

importante a administração contínua e em SOS de analgesia perante uma pessoa ventilada para prevenir a dor e permitir que a mesma se encontre confortável, adaptada à ortótese ventilatória e sem oscilações hemodinâmicas (Barr, et al., 2013). Além da atenção com a administração de analgesia na pessoa sob VMI no geral, é necessário atendermos às especificidades de cada pessoa, nomeadamente no período pós-operatório ou quando apresentam várias fraturas, como é o caso do Sr. IT.

Tabela 8 – Plano de Cuidados para o diagnóstico Dor: Risco

3.5 Medo da morte, relacionado com os sentimentos da família perante a situação clínica do Sr. IT.

Foco: Medo da morte / Medo - “Medo, sendo este último uma emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir (ICNP, 2019).		
Diagnósticos	Intervenções	Objetivos
Medo da morte: presença (família)	Escutar as preocupações da família através da escuta ativa e técnica de feedback; Dar apoio emocional através da técnica de entrevista motivacional; Incentivar o <i>coping</i> Gerir as emoções. (Lopes, 2006) (Phaneuf, 2005)	Estabelecimento de uma relação terapêutica com a família; Ganhar a confiança dos familiares na equipa de saúde; Prestar cuidados humanizados e centrados na pessoa e família.

Tabela 9 - Plano de Cuidados para o diagnóstico Medo da morte: Presença

Considerações finais

Com a realização deste EC foi possível aprofundar conhecimentos relativamente aos cuidados à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, nomeadamente a pessoa vítima de trauma com hipertensão crânica. Apesar de já exercer funções como enfermeira de cuidados gerais numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, torna-se imperativo, para a excelência da prática de enfermagem, a constante revisão e atualização de conhecimentos bem como, o desenvolvimento do pensamento crítico, perícia e perspicácia para definir quais os diagnósticos de enfermagem existentes e qual a sua prioridade e sensibilidade aos cuidados de enfermagem. Neste caso em particular, e decorrendo este estágio final numa UCI NCT, foi essencial o desenvolvimento de competências teórico-práticas no cuidado ao doente do foro neurocrítico pois sentia que era uma lacuna nos meus conhecimentos.

A realização deste EC acabou por ser uma forma sistemática de resumir os conhecimentos que sustentam alguns dos cuidados prestados ao Sr. IT e sua família. Assim à luz da melhor e mais recente evidência científica, consegui planejar as intervenções de enfermagem adequadas à pessoa e respetiva família. Extraí dele muitos contributos para o meu desenvolvimento enquanto Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a PSC, sobretudo numa área tão específica como o trauma e os neurocríticos, pelo que considero que atingi os objetivos inicialmente propostos, nomeadamente a não dissociação de todos os domínios do conhecimento, o *saber saber*, o *saber fazer* e não menos importante o *saber ser*.

Referências bibliográficas

American Psychological Association. (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (7ª ed.). American Psychological Association

Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A., & Xavier, A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: Uma revisão integrativa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(4), 1–12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>

Barr, J.; Fraser, G.; Puntillo, K.; Ely, E.; Gélinas, C.; Dasta, J. et al (2013) Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine Journal*. Volume 41. No 1. https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2013/01000/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Management_of.29.aspx

Barreto, M. (2017). Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: Guia orientador de boas práticas de cuidados em enfermagem. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24074/4/GOBPCE anexo do relatório de mestrado.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24074/4/GOBPCE%20anexo%20do%20relat%C3%B3rio%20de%20mestrado.pdf)

Berlofi, L. & Bianchini, S. (2013). Metas do plano de cuidado: estratégia para gestão do cuidado. *Revista Acred*, 3.

Campbell, J., & Alson, R. (2016). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (Pearson (ed.); 8th ed.).

Carvalho, L. (2018). Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica.

Causser, T., Zjpf, J., & George, N. (2011). Protecting the Penumbra. *Journal of Trauma Nursing*, 18(2), 104–114. doi:10.1097/JTN.0b013e31821fld58

Costa, C. (2017). Mestrado em Enfermagem Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Gestão em Enfermagem. 145. <http://hdl.handle.net/10400.26/22956>

Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Normativa N.º11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. Programa Nacional de Controlo da Dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n11dscsdpcd-de-18062008-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma No 022/2015 de 16/12/2015, 2015(002/2015), 1–26. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma no 21/2015: “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. Norma No 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 30/05/2017, Categoria IIC, 1–3. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx> 23

Hayes, K., & Gordon, D. (2015). Delivering Quality Pain Management: The Challenge for Nurses. AORN Journal, 327–337. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.11.019>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida. Versão 1.0-1ª edição

Loftus, C. (2019). Emergências Neurocirúrgicas (T. Revinter (ed.); 3a).

Lopes, M. (2006). A Relação Enfermeiro-Doente Como Intervenção Terapêutica (Formasau (ed.); 01–2006th ed.).

Ministry of Health - Region of Madrid. (2017). Humanization in intensive care units. Ministry of Health - Region of Madrid

George, F. (2012). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Direção Geral Da Saúde, 1–4.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. (Vol. 7, Issue 2). Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.o 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2.a Série, N.o 135, 19359–19370.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a Série, n o 26, 4744–4750.

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

Rubert, R., Long, L., & Hutchinson, M. (2000b). Creating a Healing Environment in the ICU

Silva, A. (2012). A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos - vivências da família. 107. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/123456789/1200%5Cn>

Suadoni, M. T. (2009). Raised intracranial pressure: nursing. *Art & Science*, 23(43), 59–65.

Tavares, J., Carneiro, P., Parreira, M., & Pedroso, E. (2021). Avaliação e Abordagem do Doente com Hemorragia Intracerebral Espontânea: Artigo de Revisão. *Medicina Interna*, 28(3), 288–298. https://doi.org/10.24950/r/54/21/3/2021_24

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing diagnosis and management*. (Elsevier (ed.); 7a Edição)