



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UMA NOVA ETAPA, UM NOVO CAMINHO NA ENFERMAGEM

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Por
André Magalhães de Almeida

Porto – abril de 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

UMA NOVA ETAPA, UM NOVO CAMINHO NA ENFERMAGEM

A NEW STAGE, A NEW PATH IN NURSING

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Por
André Magalhães de Almeida

Sob a orientação da Prof.^ª Doutora Irene Oliveira

Porto – abril de 2022

Resumo

A realização deste relatório surge no âmbito do 14º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa e tem como objetivo apresentar todo o percurso desenvolvido ao longo do mesmo, abordando as principais competências desenvolvidas no caminho para me tornar Mestre em Enfermagem, bem como Enfermeiro Especialista. Este relatório tem por base uma análise crítico-reflexiva, suportada pela evidência científica, das atividades desenvolvidas ao longo deste percurso académico. O estabelecimento de objetivos baseados nas competências do Enfermeiro Especialista, desenvolvidas pela Ordem dos Enfermeiros, serviu de fio condutor tanto para a realização do relatório, como para a minha orientação enquanto formando.

O relatório englobou uma breve contextualização do desenvolvimento de competências no estágio do 1º ano em Unidade de Cuidados Intensivos Monovalente, seguida da caracterização dos locais de estágio, desenvolvendo posteriormente uma descrição crítica das atividades desenvolvidas.

A abordagem do estágio do 2º ano centrou-se no Serviço de Urgência e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, tendo como principais objetivos o desenvolvimento de competências relacionadas com o cuidado à Pessoa em Situação Crítica, no desenvolvimento de competências, especialmente na deteção e intervenção em situações de possível debilidade de forma diferenciada e especializada, mobilizando o máximo de conhecimentos e capacidades adquiridas ao longo de todo o percurso profissional e académico.

Mantendo a Pessoa em Situação Crítica como foco ao longo do meu percurso, foi dada a devida importância ao estabelecimento de uma adequada relação terapêutica com a mesma, assim como, a inclusão da família no cuidado e como alvo de cuidados do Enfermeiro Especialista.

Associado aos cuidados nos contextos específicos de estágio, a abordagem do controlo da dor, sedação e *dellirium* tornaram-se ainda focos de atenção de forma a mobilizar estratégias direcionadas para as necessidades da Pessoa em Situação Crítica e família, assim como a abordagem do Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos da aquisição de competências como Enfermeiro Especialista. Também foi abordado o papel do Enfermeiro Especialista na gestão de serviços.

Foi realizada uma revisão da literatura sobre a importância da monitorização do Índice Bispectral no cliente neurocrítico e projetos de intervenção nos vários contextos: comunicação e integração da família nos cuidados, carta de alta de enfermagem e manipulação da derivação ventricular externa.

O Enfermeiro Especialista deverá cuidar a Pessoa em Situação Crítica de forma holística, deferência e especializada de forma a colmatar as suas necessidades, mantendo uma visão crítica e baseada na evidência.

Os objetivos a que me propus foram cumpridos, apesar de alguns constrangimentos, maioritariamente relacionados com a pandemia por COVID 19 que colocou alguns entraves, principalmente na relação com a família.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Pessoa em Situação Crítica e Família; Doente Neurocrítico.

Abstract

The realization of this report comes within the scope of the 14th Master's course in Nursing with a specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Critical Ill Patient, from the Institute of Health Science (Porto) of Universidade Católica Portuguesa and aims to present the entire course developed throughout the internship, addressing the main skills developed on the way to becoming a Master in Nursing as well as a Specialist Nurse. This report is based on a critical-reflexive analysis, supported by scientific evidence, of the activities developed along this academic path. The establishment of objectives based on the competences of the Specialist Nurse, developed by the Ordem dos Enfermeiros, served as a guideline both for the realization of the report and for my guidance as a student.

The report includes a brief contextualization of the competence's development in the 1st year internship in a Monovalent Intensive Care Unit, followed of the internship locations characterization, posteriorly developing a critical description of the developed activities.

The 2nd year's approach focused on the Emergency Service and the Polyvalent Intensive Care Unit, having as main objectives the development of skills related to the care of the Critical Ill Patient, developing competences in detection and intervention, mobilizing the maximum of knowledge and skills acquired throughout professional and academic career.

Keeping the Critical Ill Patient as the focus throughout my journey, it was given the due importance to the establishment of an adequate therapeutic relationship with them, as the inclusion of the family in the care and as a target of care of the Specialist Nurse.

Associated with care in specific internship contexts, the approach to pain control, sedation and *dellirium* have also become focuses of attention in order to mobilize strategies aimed at the needs of the Critical Ill Patient and family, such as the approach to the Infection Control and Antimicrobial Resistance as an area of great importance when acquiring skills as a Specialist Nurse. Was also talked about the role of the Specialist Nurse in the services management.

A literature review was carried out on the importance of regulating the Bispectral Index in the neurocritical client and intervention such as projects in various contexts: communication and family integration in care, nursing alternation chart and manipulation of the external ventricular shunt.

The Specialist Nurse should take care of the Critical Ill Patient in a holistic, deferential and specialized way in order to meet their needs, maintaining a critical, and evidence-based view.

The goals I set myself were met, despite some constraints, mostly related to the COVID 19 pandemic, which put some obstacles, especially in the relationship with the family.

Keywords: Specialist Nurse; Critical Ill Patient and Family; Neurocritical Patient.

Agradecimentos

A realização deste relatório, contou com muitos altos e baixos ao longo do tempo, sendo de extrema importância a colaboração das pessoas ao meu redor para que o objetivo fosse cumprido.

O meu especial agradecimento à Professora Irene Oliveira por me ter acompanhado ao longo deste período conturbado e acima de tudo pelo esforço, paciência e perseverança com que cumpriu o seu papel.

À minha companheira de vida, que esteve sempre lá para me apoiar e incentivar, apesar de todos os entraves que foram surgindo ao longo do caminho.

A toda a minha família, pelo apoio incondicional, sempre prontos para ajudar e motivar a minha jornada, ajudando-me no meu dia-a-dia.

Aos meus Enfermeiros Tutores e instituições que me acolheram de braços abertos, que colaboraram no desenvolvimento de todo o meu projeto.

Aos meus colegas do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem, pela troca de ideias e conhecimento.

A todos os envolvidos direta ou indiretamente neste percurso, deixo uma enorme palavra de agradecimento e um enorme bem-haja.

Lista de Siglas

BIS – *Bispectral Index Score*

BPS - *Behavioural Pain Scale*

DVE – Derivação Ventricular Externa

EE – Enfermeiro Especialista

EMI – Emergência Médica Interna

PIC – Pressão Intracraniana

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SU – Serviço de Urgência

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Índice

1. Introdução.....	1
2. UCICT - Uma visão Retrospectiva do Desenvolvimento de Competências5	
3. Caracterização dos Locais de Estágio.....	11
4. A Pessoa em Situação Crítica e Família – Área de Intervenção	19
5. Dor, Sedação e <i>Delirium</i> , uma problemática na Pessoa em Situação Crítica.....	31
6. Estabelecer uma relação terapêutica eficaz com a pessoa em situação crítica e/ou família	37
7. Protocolos de controlo de infeção e resistência a antimicrobianos - um desafio atual.....	39
8. Gestão de Serviços – Um Papel do Enfermeiro Especialista	43
9. Conclusão.....	47
10. Referências Bibliográficas	51
11. Apêndices	59
Apêndice I – Projeto de Intervenção em Serviço - UCICT	61
Apêndice II – Projeto de intervenção em serviço - SU	71
Apêndice III - Projeto de intervenção em serviço - SU (Apresentação em PowerPoint)	93
Apêndice IV - Projeto de intervenção em serviço – UCIP	105
Apêndice V – Revisão de Literatura - A importância da monitorização do Índice Bispectral (BIS) no doente neurocrítico.....	123

1. Introdução

Este relatório surge no âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto, da Universidade Católica Portuguesa, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e tem como finalidade a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, bem como concluir a formação para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), de acordo com os requisitos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.

Ao longo de todo o percurso académico que de certa forma culmina com a elaboração deste relatório, passei por um período de aprendizagem e modulação, sendo necessário muitas vezes colocar em causa os moldes que me acompanharam ao longo de toda a minha carreira profissional, com o objetivo de realizar uma metamorfose, permitindo desabrochar um novo Enfermeiro com maior senso crítico, maior capacidade de análise e diferenciação em comparação com o havia exercido até ao momento.

O desenvolvimento do *eu* como EE não se limita apenas ao período em que frequento o Curso de Mestrado em Enfermagem, mas é um processo de desenvolvimento contínuo que me permitirá desenvolver e consolidar as competências adquiridas ao longo do mesmo, bem como desenvolver novas competências tendo por base as ferramentas que a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem me forneceu.

Sou Enfermeiro desde 2013 e já passei por vários locais de trabalho com áreas diversificadas que vão desde a Saúde Mental e Psiquiátrica, passando pela Rede Nacional de Cuidados Continuados, Nefrologia e Medicina Interna, exercendo agora atividades numa Unidade de Cuidados Intensivos, que é o início de um sonho para alguém que sempre almejou o cuidado à PSC. Este gosto pelo cuidado à PSC foi o principal impulsionador para a busca de novos conhecimentos e capacidades, procurando por isso tornar-me EE nesta área de abrangência da Enfermagem.

Para a Ordem dos Enfermeiros, o EE 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, 2019b, p. 4744).

A diferenciação técnica e científica é cada vez mais importante para o exercício da profissão de Enfermagem, sendo por isso um investimento necessário para o desenvolvimento dos profissionais e dos cuidados de saúde, sendo por isso necessário desenvolver um conjunto de competências comuns e específicas a cada área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A PSC pode ser considerada aquela que corre risco iminente de vida por falha ou risco de decadência de uma ou mais funções vitais, necessitando de suporte de meios avançados de tratamento ou monitorização para assegurar a sua sobrevivência (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Dada a complexidade de tratamento e monitorização da PSC, a prestação de cuidados de Enfermagem deverá ser altamente qualificada e diferenciada, permitindo a rápida resolução de problemas de risco imediato, limitando a ocorrência de eventos adversos e/ou complicações, permitindo assim a manutenção das funções vitais e tendo em vista a total recuperação da PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Para que sejam cumpridas as premissas de manutenção e total recuperação de PSC, o Enfermeiro tem como principal missão, a *“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”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

Com vista à aquisição de competências como Mestre em Enfermagem e como EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSC, para além de toda a introdução à teoria, assegurada pelo Mestrado em Enfermagem, pude passar no primeiro ano por uma Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica (UCICT) de um hospital no norte do país, com um total de 180 horas de estágio, tendo o mesmo sido realizado entre 03 de maio e 26 de junho de 2021.

Apesar de ser o estágio inicial, o começo do meu ingresso em locais de estágio deu-se pelo estágio de opção, sendo a UCICT o meu local predileto

dentre as opções possíveis, uma vez que tinha vontade de ter contacto com um serviço de elevada especificidade e diferenciação, não fugindo da minha área predileta que são os cuidados intensivos, abrindo a porta a várias possibilidades de aprendizagem.

No segundo ano e acompanhando a Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, realizei estágio num Serviço de Urgência (SU) (no período compreendido entre 06 de setembro de 2021 e 27 de outubro de 2021) e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) (no período compreendido entre 28 de outubro de 2021 e 18 de dezembro de 2021) de um outro hospital no norte do país, com 360 horas de contacto clínico e um total de 840 horas de trabalho.

Ao longo do estágio fui acompanhado por um Professor da Universidade e pelos Enfermeiros Tutores dos respetivos campos de estágio, que me orientaram ao longo do meu percurso com o objetivo de me fazer atingir os meus objetivos.

A elaboração deste relatório tem como objetivo, além de funcionar como instrumento de avaliação, descrever as competências adquiridas em campo de estágio, bem como os objetivos a atingir e as atividades a desenvolver, utilizando para isso uma metodologia descritiva e critico-reflexiva, apoiando-se em pesquisa bibliográfica para fundamentação científica.

Relativamente à estrutura, está dividida em 11 capítulos. Começo no primeiro capítulo por introduzir o leitor ao estágio realizado no segundo semestre do primeiro ano de Mestrado, ao abrigo da disciplina "A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica", com o objetivo de descrever as competências desenvolvidas ao longo deste momento de aprendizagem, apresentando e caracterizando posteriormente os locais de estágio. De seguida, organizo os restantes capítulos por competências trabalhadas ao longo dos estágios, seguindo uma linha condutora que foca o desenvolvimento de cada competência major e descrevendo as atividades realizadas para o desenvolvimento das mesmas e onde realizo uma análise critico-reflexiva baseada na evidencia científica que permitem dar sustentabilidade ao ocorrido. Através dos apêndices complemento a ilustração dos trabalhos desenvolvidos ao longo da Unidade Curricular.

As referências bibliográficas utilizadas obedecem à 6ª edição das normas da American Psychological Association (APA) e a redação é feita de acordo com o acordo ortográfico em vigor à data.

2. UCICT - Uma visão Retrospectiva do Desenvolvimento de Competências

Ao longo deste capítulo irei fazer uma breve referencia ao estágio realizado no segundo semestre do primeiro ano de Mestrado, ao abrigo da disciplina "A Pessoa em Situação Crítica em Família - Vigilância e Decisão Clínica", com o objetivo de integrar todas as experiências que pude ter ao longo desta aprendizagem.

O estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácica (UCICT) num hospital do norte do país e foi realizado entre 03 de maio e 26 de junho de 2021, com um total de 336 horas, das quais 192 horas foram de contacto, com 180h de estágio e 12h de orientação tutorial, e as restantes horas destinadas a trabalho individual.

No que considera ao aspeto físico, a UCICT alberga, além das 10 camas de Cuidados Intensivos onde estão incluídas 8 em *open space*, mais duas unidades de isolamento, um Bloco Operatório, duas unidades de cuidados intermédios com um total de 7 camas e uma unidade de internamento cardiotorácica, além de todos os espaços de apoio.

No espaço da UCICT, estão presentes 5 enfermeiros em prestação de cuidados diretos por turno, com um máximo de dois clientes atribuídos a cada enfermeiro, um Enfermeiro Especialista (EE) em Reabilitação da parte da manhã e outro da parte da tarde, respeitando as diretrizes impostas pelo Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros no que diz respeito às dotações seguras da prestação de cuidados de Enfermagem.

Apesar de já ter alguma experiência dentro da área dos Cuidados Intensivos, a especificidade deste local de estágio tornou-se um desafio a ser superado. Os focos de atenção, as intervenções de enfermagem a realizar e o conhecimento das características de cada patologia específica necessitaram de um esforço extra de trabalho em casa, recorrendo a bibliografia para sustentar teoricamente as ações desenvolvidas.

A inovação e avanço tecnológico são uma constante na prática de enfermagem, sendo por isso necessário validar os conhecimentos existentes, tornando-os mais eficientes, assim como procurar por novas premissas que

permitam uma constante evolução da ciência de Enfermagem (Pedrolo, et al., 2009).

A identificação de focos de atenção em Enfermagem é crucial para a elaboração de um correto plano de intervenção, através do reconhecimento de necessidades específicas do utente, levando a uma melhor resposta por parte dos profissionais (Cruz, Gomes, & Parreira, 2017).

Ao longo do estágio pude ter contacto com PSC no contexto de Cuidados Intensivos, maioritariamente pós cirúrgicos de patologia cardíaca, como por exemplo *bypass* coronário, *bentall* cardíaco ou substituição valvular, sendo que estes são clientes extremamente instáveis, principalmente nas primeiras horas após a cirurgia, obrigando a uma vigilância mais apertada, tendo em atenção pormenores como por exemplo o controlo apertado da tensão arterial e frequência cardíaca, prevenindo complicações como por exemplo tamponamentos cardíacos ou hemorragias através das suturas ou mesmo deiscência das mesmas.

Também a ocorrência de disritmias cardíacas foi um dos focos de atenção das minhas práticas, uma vez que a ocorrência das mesmas é frequente no período após cirurgia cardíaca. Por exemplo, disritmias auriculares têm uma incidência entre 11 a 40% nos doentes submetidos a revascularização do miocárdio e cerca de 50% nos doentes submetidos a substituição valvular, sendo uma das principais complicações da cirurgia (Silva, et al., 2004). A arritmia mais comum no pós-operatório imediato da cirurgia cardíaca é a fibrilação auricular, muitas vezes associada a fatores predisponentes agravados muitas vezes pela necessidade de utilização da técnica de circulação extracorporal (Koerich, Lanzoni, & Erdmann, 2016).

Uma das preocupações com a PSC sujeita a cirurgia cardiotorácica prendeu-se ainda com o controlo da dor. A dor é um estímulo sensorial e emocional desagradável como reação a uma lesão ou potencial lesão tecidual ou lesão emocional. A dor é um estímulo com avaliação subjetiva por isso muitas vezes difícil de mensurar. No que concerne ao período pós-operatório, a dor está associada a uma deambulação tardia, reatividade hemodinâmica, complicações pulmonares, diminuição do grau de satisfação dos utentes relativamente aos cuidados prestados, desenvolvimento de dor crónica, aumento do tempo do

tempo de internamento e agravamento da taxa de mortalidade e morbidade dos utentes (Abdullayev, Uludag, & Celik, 2019).

A adaptação ao manuseamento, preparação e administração de fármacos utilizados na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácicos tornou-se também um desafio, visto que existem protocolos específicos, que muitas vezes diferem da realidade a que estou habituado, tendo ainda repercussões diferentes a nível hemodinâmico.

Para conseguir acompanhar a evolução da PSC sujeita a cirurgia cardiorácica, conseguir prestar bons cuidados de Enfermagem e poder crescer enquanto futuro EE, a participação da Enfermeira Tutora e da restante equipa multidisciplinar foram fulcrais. A discussão constante com todos os elementos da equipa contribuiu para uma partilha de conhecimentos e principalmente para o meu desenvolvimento de competências.

A multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade promovem a troca de conhecimentos, saberes e competências, colocando a comunicação e a partilha no auge do benefício comum e principalmente do recetor de cuidados de saúde (Neves, 2012).

Outro aspeto importante trabalhado durante o estágio que vai de encontro às competências do EE, prende-se com o controlo de infeção e resistência a antimicrobianos. O controlo de infeção e resistência a antimicrobianos deve ser uma precaução comum a todos os profissionais de saúde, mas com responsabilidade acrescida para o Enfermeiro Especialista, que deverá sempre maximizar as suas intervenções com vista à *“(...) 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”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19364)

Durante todo o estágio denotei a preocupação na equipa multidisciplinar uma preocupação acrescida com o cumprimento das normas de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, quer fosse nas atitudes mais comuns como por exemplo a desinfeção das mãos antes e depois do contacto com o cliente, quer fosse na realização de cuidados de penso ou mesmo na estrutura e organização do serviço, colocando, por exemplo, os

clientes portadores de *enterobacteriaceae* produtoras de carbapenemases com o mesmo enfermeiro para minimizar o risco de infeção.

O último aspeto a salientar relativamente às competências trabalhadas durante este estágio, prende-se com o envolvimento da família nos cuidados à PSC sujeita a cirurgia cardiotorácica.

A comunicação e estabelecimento de uma relação terapêutica com a família da pessoa em situação crítica estão presentes nas competências específicas do Enfermeiro Especialista, estando sempre presente o dever de intervir positivamente na vivência de processos complexos de doença (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A limitação imposta às visitas pela situação pandémica em que nos encontrávamos não permitiu tanto o contacto direto com a família da PSC internada na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica onde realizei o meu estágio, no entanto, sempre que me foi possível, aproveitei para estabelecer uma relação terapêutica eficaz, demonstrando disponibilidade e proximidade e procurando responder às dúvidas e angústias dos familiares. Tentei realizar alguns ensinamentos relativamente a dieta, posicionamento, transferências e controlo da dor, sempre utilizando uma linguagem adequada e de fácil compreensão, envolvendo a família nos cuidados e responsabilizando-a pelo cuidar para que se sentisse mais próxima e proactiva no cuidar do seu familiar.

Tendo em conta a enorme limitação e falta de contacto com os familiares, optei por realizar uma proposta de melhoria do serviço, baseada nos protocolos de visitas, propondo um calendário de realização de videochamada de forma a facilitar a comunicação entre a equipa multidisciplinar e a família e permitindo, uma maior proximidade entre o cliente e familiar (Apêndice I). A referida proposta foi entregue à Enfermeira Chefe do serviço.

Sendo o acompanhamento ao cliente em situação de dependência ou portador de deficiência um dever do Sistema Nacional de Saúde (Assembleia da República, 2014), é um dever do Enfermeiro garantir o seu cumprimento mesmo em tempo de pandemia. A utilização de novas tecnologias pode ser um aliado importante no cumprimento dos deveres, permitindo um acesso rápido com acesso a vídeo e voz, permitindo a troca de informações mais rapidamente entre

a equipa multidisciplinar e a família, fomentando uma relação de confiança e permitindo a troca de informações do plano de cuidados sem a necessidade de uma presença física (Feder, et al., 2021).

A inclusão da família nos cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos é uma forma de humanizar e qualificar os cuidados à pessoa em situação crítica, podendo ter influências a médio / longo prazo, tais como a redução do *delirium* (Souza, Azzolin, & Fernandes, 2018).

Durante o estágio foi-me ainda permitida uma ida ao bloco operatório, onde pude assistir a uma revascularização de miocárdio com recurso a *bypass* da artéria mamária e ainda a uma substituição valvular aórtica e mitral com recurso a circulação extracorporeal. Ao assistir à admissão do cliente, preparação para cirurgia, cirurgia, preparação para transporte para a Unidade de Cuidados Intensivos e transporte, pude ter uma visão diferente do percurso do cliente dentro da unidade e perceber algumas dinâmicas do serviço, além de ter contacto (apenas observação) com novas técnicas que não seria possível observar noutro contexto.

O cuidado à PSC sujeita a colocação de balão intra-aórtico ou o contacto com técnica de Oxigenação por Membrana Extracorporeal (ECMO) seriam também experiências que gostaria de ter tido oportunidade de vivenciar, no entanto, não surgiram situações ao longo de todo o percurso do estágio para que pudesse ter contacto com estas realidades.

3. Caracterização dos Locais de Estágio

Num primeiro momento do estágio, tive a oportunidade de contactar com um SU polivalente de uma unidade hospitalar no norte do país, permitindo-me obter uma nova visão sobre um serviço com o qual eu nunca tinha contactado. Torna-se por isso importante reconhecer num primeiro momento a estrutura e dinâmicas desse mesmo serviço, que vão ser abordadas ao longo deste capítulo.

O SU, por definição é um local que procura dar resposta a situações urgentes e emergentes, podendo diferenciar-se dentro de três tipos principais mediante as valências e população abrangente: polivalente, médico-cirúrgico e básico (Teixeira, 2010).

Para além do SU, existem dentro do sistema nacional de saúde, outras entidades como as unidades de saúde familiar, o Instituto Nacional de Emergência Médica ou mesmo as próprias consultas de seguimento externo / ambulatório dos centros hospitalares, que visam dar resposta às necessidades da população e, deste modo realizar uma certa diferenciação no nível de atendimento dentro do serviço de urgência, evitando aglomerações e atendimentos não urgentes por parte do mesmo. No sentido de criar uma referência orientadora da afluência aos serviços de urgência, surgiu ainda a linha de apoio da Saúde 24 que permite ao cliente uma referenciação para a unidade de saúde mais adequada, ajudando assim no correto encaminhamento dos clientes para o local mais adequado para o seu tratamento (Teixeira, 2010).

De forma a dar resposta às situações urgentes, os serviços de urgência devem dispor de pessoal (médico, de enfermagem, assistentes operacionais, pessoal administrativo) e posto de segurança, de forma permanente, bem como condições físicas para a prestação de cuidados. É igualmente importante a existência de valências diferenciadas em funcionamento durante as 24 horas e apoio de técnicos especializados nas diversas áreas (Costa, et al., 2001).

Dentro do SU, há ainda a necessidade de diferenciar a prioridade de atendimento dos utentes com vista a uma resposta mais rápida a situações de maior gravidade. Para ajudar na estratificação das prioridades, é utilizado o Sistema de Triagem de Manchester de acordo com a norma 002/2018 da Direção

Geral de Saúde, sendo responsabilidade do enfermeiro triar o cliente por nível de prioridade (Direção Geral da Saúde, 2018).

O Sistema de Triagem de Manchester permite uma estratificação da gravidade baseado na queixa do cliente e não em nenhum tipo de diagnóstico, atribuindo um sistema de cores (azul, verde, amarelo, laranja, vermelho) cada uma com um tempo alvo para observação médica (Amaral, 2017).

Relativamente ao SU onde realizei estágio, é um SU polivalente para adultos (uma vez que as especialidades de pediatria e ginecologia / obstetrícia se encontram sediadas num espaço físico diferente), situado numa região com um vasto aglomerado populacional, dentro de um hospital central da região norte. É um serviço munido de uma equipa multidisciplinar diferenciada que permite a uma prestação de cuidados adequada à exigência populacional da área.

De acordo com o Despacho nº10319/2014, publicado em Diário da República, um SU Polivalente deverá ter capacidade de prestar cuidados diferenciados de saúde a uma população entre 750000 e 100000 de habitantes, devendo ter capacidades e valências diferenciadas, como por exemplo o acesso a neurocirurgia, imagiologia com ressonância magnética, patologia clínica com toxicologia, cardiologia de intervenção, pneumologia, gastroenterologia, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia maxilo-facial, cirurgia vascular e medicina intensiva, além de todas as valências já necessárias para a existência de um SU Básico ou Médico-Cirúrgico (Ministério da Saúde, 2014).

A equipa de enfermagem é uma equipa grande com mais de 100 elementos, sendo que dentro destes podemos encontrar vários elementos com formação especializada dentro das várias áreas da enfermagem. Conta ainda com um enfermeiro chefe e duas enfermeiras (especialistas) com funções dedicadas à área da coordenação. A equipa de enfermagem é organizada por equipas e os elementos são distribuídos diariamente pelos diversos espaços físicos, sendo a responsabilidade da sua distribuição do enfermeiro coordenador.

Quanto ao espaço físico, existe um acesso específico para a entrada do SU, pelo exterior, permitindo um acesso rápido e com mobilidade reduzida aos clientes. Na entrada existe um posto administrativo onde é realizado o acolhimento e identificação dos clientes, bem como uma sala de espera.

Uma vez dentro do espaço físico do SU, existem dois postos de triagem e duas salas de emergência, uma sala de emergência com capacidade para um cliente, dedicada a doentes COVID-19, força do contexto pandémico em que nos encontramos, e a sala de emergência principal com lugar para dois clientes. Existe ainda uma área cirúrgica à qual está acoplada uma área para internamento cirúrgico de curta duração, uma área de ortopedia, oftalmologia, duas áreas médicas, das quais originalmente, uma seria destinada a clientes menos graves e a outra a clientes com maior critério de gravidade, mas devido ao contexto pandémico, a primeira foi transformada numa área destinada a clientes com algum tipo de sintomatologia suspeita de COVID-19.

Ainda dentro do serviço de urgência é possível encontrar uma área para internamentos médicos de curta duração, duas áreas de observação clínica (maioritariamente destinadas a albergar clientes que já foram observados em contexto de urgência e que aguardam vaga no internamento) e uma área de observação para doentes positivos à COVID-19.

Ainda de realçar no SU, a proximidade com o bloco operatório e unidade de cuidados intensivos, bem como a capacidade de articulação com as diversas especialidades que não têm lugar fixo dentro do serviço de urgência, como neurocirurgia / neurologia, otorrinolaringologia, urologia, endocrinologia ou infeciologia.

Relativamente ao circuito do cliente, inicialmente deverá passar pelos serviços administrativos, onde é aberto o episódio e identificado o cliente com uma pulseira de identificação. A correta identificação dos clientes é de extrema importância, uma vez que permite aos profissionais de saúde a diminuição de eventos adversos relacionados com a utilização dos serviços de Saúde.

A elevada afluência aos serviços de urgência, a necessidade de uma resposta rápida em situações de urgência e / ou emergência, bem como a elevada quantidade de profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao utilizador do serviço de urgência podem ser propícios à ocorrência de eventos adversos, podendo resultar em danos permanentes para o cliente. A correta identificação dos clientes na prestação de cuidados poderá ajudar a diminuir a incidência de eventos adversos associados à prestação de cuidados de saúde, sendo por isso desejável a identificação com recurso a dois ou mais dados do

doente e em último caso a confirmação com a pulseira identificadora (Pratas, 2017).

Uma vez identificado o cliente, este passa por um posto de triagem, onde é estratificada a gravidade da sua queixa e lhe é atribuída uma pulseira colorida de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester. Este sistema de diferencia e identifica critérios de gravidade, não se baseando em um diagnóstico, mas sim numa queixa específica por parte do cliente (Carvalho, 2016).

O Sistema de Triagem de Manchester funciona através da colheita de dados pelo enfermeiro, referenciando sinais e sintomas visíveis e mensuráveis, bem como as principais queixas do cliente. Uma vez selecionadas as queixas, o enfermeiro escolhe o fluxograma mais adequado à situação apresentada e vai respondendo às questões ao longo do mesmo, até atingir um discriminador (pergunta positiva do algoritmo) que irá indicar a prioridade a ser atribuída (Carvalho, 2016).

De acordo com a prioridade definida, é atribuída uma pulseira segundo um diagrama de cores pré-definido que estipula um tempo alvo para observação médica. A cor com maior grau de urgência é a vermelha seguida das cores laranja, amarela, verde e azul, respetivamente (Amaral, 2017).

A estratificação de doentes pode ser um processo extremamente complexo para o enfermeiro, uma vez que depende do seu juízo e observação a estratificação do risco, devendo ter sempre presente uma capacidade de observação e análise correta da situação, identificando critérios de gravidade ou a sua ausência, não desvalorizando as queixas do cliente, mas sendo o mais equitativo possível na atribuição da cor da pulseira.

Ainda dentro da triagem, e tendo em conta que nos encontrávamos numa situação pandémica, o enfermeiro triador deverá ter atenção à presença de quaisquer sinais e sintomas sugestivos de infeção por COVID-19.

Relativamente aos clientes com atribuição do critério de gravidade como emergente (pulseira vermelha), o seu encaminhamento é maioritariamente realizado para a sala de emergência, que se encontra próxima ao posto de triagem e com acesso rápido através da porta de entrada no serviço como sugere a Administração Central dos Sistemas de Saúde na recomendação técnica 14/2019. Esta sala é reservada a clientes cujas funções vitais se encontrem

comprometidas ou em risco de ficarem comprometidas e constitui uma área específica do serviço de urgência para abordagem, tratamento e observação da pessoa em situação crítica (Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP, 2019).

No centro hospitalar onde realizei estágio, a sala de emergência é uma área física dentro do serviço de urgência, com um enfermeiro dedicado, mas com responsabilidades partilhadas com a unidade de cuidados intensivos, que tem também um enfermeiro e um assistente operacional destacados e que são chamados quando há alguma ativação da sala de emergência, obrigando assim a um trabalho entre equipas de diferentes áreas de atuação.

Ao enfermeiro destacado para a sala de emergência são reconhecidas competências técnicas e científicas para a abordagem da pessoa em situação crítica, bem como a sua avaliação e realização de procedimentos invasivos, sendo necessários alguns anos de serviço e um longo período de integração para atingir este patamar.

Num segundo momento de estágio, tive a oportunidade de dar seguimento ao momento iniciado no SU, uma vez que me mantive na mesma instituição, desta vez em contacto com a UCIP, possibilitando-me o acompanhamento e seguimento agora a título de internamento dos clientes que deram entrada no SU.

A área da medicina intensiva é a área médica que deverá prestar cuidados à PSC com falência de uma ou mais funções vitais, investindo na prevenção, diagnóstico e tratamento de situações já presentes ou potenciais, com o intuito de restabelecer totalmente a plenitude das suas capacidades (Paiva, et al., 2016).

Segundo Paiva, et al. (2016), a medicina intensiva não deve limitar os seus cuidados às unidades de cuidados intensivos, sendo a sua responsabilidade alargada a todas as PSC que estiverem integradas na unidade hospitalar, quer seja através das Equipas de Emergência Interna, da intervenção na Sala de Emergência ou dos serviços de consultadoria nas unidades de internamento.

A premissa apresentada por Paiva, et al. (2016) é uma realidade presente na unidade hospitalar onde realizei o estágio, uma vez que além da UCIP

propriamente dita, as responsabilidades dos enfermeiros da unidade alargam-se à Sala de Emergência, pela qual são responsáveis e pelo destacamento de um elemento para a Emergência Médica Interna (EMI).

A estrutura física da UCIP conta com um total de 12 camas em “U”, sendo que quatro delas são dispostas em *box* permitindo unidades de isolamento adequadas e em vidro para manter uma boa visibilidade. As restantes camas são dispostas no conceito de *open space*, circundado um posto central de enfermagem também ele envidraçado e com dispositivo de monitorização de telemetria, o que permite uma correta visualização e vigilância dos clientes por parte dos profissionais, indo de encontro ao que está preconizado pela Recomendação Técnica 09/2013 da Administração Central do Sistema de Saúde.

Para além das quatro unidades dispostas em *box* que permitem a realização de técnicas dialíticas, existe ainda mais uma unidade com instalações para a sua realização, perfazendo um total de cinco unidades com capacidade para a realização de técnicas dialíticas. O acesso a outro tipo de equipamento de diagnóstico e tratamento é também facilitado pela unidade com a presença de tecnologias próprias da unidade, como por exemplo, a presença de ecógrafo e raio-X, permitindo a realização de exames complementares de diagnóstico sem o transtorno da deslocação do cliente.

Para além da sala onde estão internados os clientes, a UCIP conta ainda com áreas de apoio dispostas de forma a permitir um fácil acesso e boa visibilidade para as unidades.

A organização física da UCIP permite a prestação de cuidados diferenciados, contando com uma organização física, de recursos e materiais organizada e facilitada para que se consiga uma proximidade e vigilância constantes, permitindo centrar os cuidados no cliente e permitindo uma intervenção rápida e eficaz no sentido de proporcionar o melhor cuidado possível.

No que refere à equipa de profissionais, a UCIP conta com uma equipa multidisciplinar diferenciada integrada no Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência, composta por Enfermeiros, Médicos de diferentes especialidades, Assistentes Operacionais e uma Administrativa,

contando ainda com a intervenção direta de outros profissionais externos ao serviço, necessários no tratamento da PSC.

A equipa de Enfermagem conta com oito elementos no turno da manhã, e sete nos turnos da tarde e da noite. No turno da manhã, está presente o EE em Reabilitação, que além das funções de reabilitação, incorpora ainda funções de Gestão, sendo a responsabilidade de reabilitação partilhada com a equipa de Fisioterapeutas que asseguram os cuidados de reabilitação no turno da tarde. Segundo as indicações do Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, as Unidades de Cuidados intensivos deverão assegurar 12 horas de cuidados de reabilitação por cada cinco utentes, todos os dias da semana, sendo um aspeto que poderá melhorar no sentido de uma melhor prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Dos restantes sete Enfermeiros, seis asseguram uma prestação direta de cuidados de enfermagem, com um rácio máximo de 2 clientes por cada enfermeiro, ficando um dos elementos referidos destacado para a EMI, ficando os cuidados aos seus clientes, temporariamente a cargo dos colegas de equipa.

Como defendido por Paiva, et al. (2016), o sétimo elemento assegura a função da Sala de Emergência, estando-lhe dedicado e sendo responsável pelos clientes que lá derem entrada, em colaboração com o elemento destacado do SU, para além da gestão e reposição diária de stocks da Sala de Emergência, verificação diária do monitor desfibrilhador, compressor torácico mecânico, monitores e ventiladores, para além de assegurar que as unidades da Sala de Emergência se encontram preparadas para receber uma emergência.

Para além do contacto assistencial direto à PSC numa fase mais aguda, a UCIP mantém ainda consultas de *follow-up* para clientes que já tiveram alta da Unidade, procurando perceber a prevalência de sequelas relacionadas com a permanência em cuidados intensivos.

Apesar de nos encontrarmos numa situação pandémica, a UCIP permitiu sempre a presença de visitas aos seus clientes, desde que asseguradas as normas de higiene e segurança em vigor.

4. A Pessoa em Situação Crítica e Família – Área de Intervenção

Ao longo deste capítulo, irei abordar três temáticas chave no meu projeto de desenvolvimento de competências enquanto EE e Mestre em Enfermagem: a capacidade crítica de reconhecer debilidades ou áreas de intervenção na PSC e família, a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre técnicas, fármacos e procedimentos mais recorrentes nos locais de estágio e, finalmente, de que forma mobilizei os conhecimentos teórico-práticos com o objetivo de dar resposta às debilidades ou áreas de intervenção identificadas.

Em termos de organização, optei por realizar uma descrição de eventos e análise crítico-reflexiva por ordem cronológica, abordando primeiro o contexto de SU e posteriormente o contexto da UCIP, mantendo a mesma linha de pensamento e promovendo algumas comparações em pontos chave.

Os cuidados de enfermagem à PSC são extremamente complexos, exigindo do enfermeiro uma atenção contínua aos detalhes, observando e colhendo continuamente dados sistémicos e sistematizados que lhe permitam, através da interpretação dos mesmos, rapidamente reconhecer e detetar complicações, de forma a assegurar uma intervenção eficiente e eficaz no menor tempo útil de ação. Não podemos ainda esquecer que a pessoa em situação crítica está a sofrer um processo de transição, vivenciando processos complexos de doença, sendo necessária uma intervenção especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O cuidar da PSC exige um feixe de competências e conjunto de saberes, sendo necessário mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, aplicando-os de forma correta na situação correta. Mais do que simplesmente executar, o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Enfermagem à PSC, deve saber adaptar a sua conduta às situações complexas, realçando os seus conhecimentos e a sua experiência (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Para além de centrar a sua análise nos processos biomédicos, o enfermeiro deve ter em conta as crenças e valores do cliente, respondendo às suas necessidades físicas e emocionais, aumentando a possibilidade da sensação de bem-estar e proporcionando um clima de satisfação com os

cuidados de saúde. Os momentos de transição saúde-doença são momentos de maior vulnerabilidade, gerando um grande impacto na vida pessoal ou familiar, não se podendo descartar a importância deste processo na saúde do cliente, adotando uma visão holística dos cuidados (Mendes, 2018).

Para além da capacidade de identificar focos e diagnósticos, a importância do saber agir é inevitável, sendo inerente ao profissional de enfermagem a capacidade de execução técnica, dando resposta às atividades diagnósticas realizadas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, *“o saber profissional de enfermagem é um saber de ação, não se constituindo somente de execução ou de reprodução de atos, mas engloba igualmente a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, fazendo apelo aos conhecimentos”* (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 2 e 3). A Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica defende como padrão de qualidade nos cuidados do enfermeiro especialista o rigor técnico e científico nas intervenções de enfermagem, defendendo ainda que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica deve ser capaz de intervir de forma precisa e eficiente face à pessoa em situação crítica, não esquecendo o cuidado holístico em tempo útil e eficaz (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Durante o estágio no SU, tive contacto com várias PSC, quer na sala de emergência, onde o carácter emergente era notório, quer nas restantes áreas de intervenção onde a estratificação de gravidade da doença era menor. Na sala de emergência, a PSC carece de uma observação e monitorização mais apertada, tendo em conta o risco de falência dos parâmetros vitais, no entanto nas restantes áreas do SU, a monitorização e observação atenta sobre o cliente também tem um peso enorme sobre o sucesso do seu tratamento, uma vez que rapidamente pode existir um agravamento do estado de saúde, colocando também em risco a vida do cliente.

A capacidade de diagnóstico precoce é um aliado precioso do enfermeiro do SU, sendo capaz de interpretar os sinais vitais, traçados eletrocardiográficos, sinais e sintomas, entre outros meios de diagnóstico de enfermagem, permitem

muitas vezes prever a complicação, tomando medidas rápidas e assertivas que impedem a progressão da doença e a instalação de uma condição crítica.

A capacidade de aplicação prática de conhecimentos obtidos com a experiência e literatura, é uma ferramenta importantíssima no dia-a-dia do EE, sendo que no contexto do SU, esta dimensão toma contornos mais acentuados devido à necessidade de uma atuação rápida e eficaz, realizando em tempo útil a melhor avaliação possível com o objetivo de antecipar possíveis situações de deterioração do estado de saúde do cliente, de forma a prevenir complicações e facilitar o tratamento.

Para além de um feixe de conhecimentos teóricos e de desenvolvimento de capacidades, o EE a atuar no SU deverá ser capaz de mobilizar os conhecimentos para a prática, adaptando-se às situações mais complexas e agindo apoiado na “...*mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação*” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 2)

Um dos locais com maior necessidade de uma aplicação e mobilização de conhecimentos teórico-práticos é a sala de emergência, onde o cliente estará à partida numa situação de falência ou eminência de falência orgânica, sendo necessária uma atuação célere e eficaz para a estabilização e manutenção dos suportes vitais. É ainda em contexto de sala de emergência que se verifica uma maior frequência de procedimentos invasivos como por exemplo a colocação de cateter venoso central, cateter arterial, descompressão de pneumotórax hipertensivo através da colocação de um dreno torácico, a entubação endotraqueal ou até mesmo manobras de suporte avançado de vida, sendo necessário a destreza e conhecimentos suficientes para minimizar o tempo perdido na preparação e execução dos procedimentos que podem ser considerados *life saving*.

Os cuidados de enfermagem prestados em contexto de sala de emergência deverão ser o mais especializados e diferenciados possível, de forma a assegurar uma atuação eficaz, evitando assim eventos que advêm da situação crítica em que se encontra e poderão ser desfavoráveis para o cliente (Ferreira, Fernandes, Jesus, & Araújo, 2020).

É de extrema importância para o enfermeiro na Sala de Emergência o conhecimento dos procedimentos e protocolos com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de qualidade, diminuindo a propensão ao erro, e procurando o rigor técnico e científico almejado. No sentido de reconhecer os protocolos procurei fazer um levantamento dos materiais e fármacos mais utilizados no serviço de urgência, bem como os procedimentos mais comuns, realizando pesquisa bibliográfica acerca dos mesmos, de forma que, quando fosse necessário efetuar algum procedimento, administrar alguma terapêutica ou utilizar algum material, diminuísse a propensão ao erro, protegendo desta forma o cliente sujeito à minha intervenção de enfermagem.

A organização do SU é muitas vezes caótica e não permite uma observação tão atenta a todos os clientes, no entanto, atitudes como a localização estratégica dos clientes que são considerados de maior risco, mais próxima do posto de enfermagem, permitindo uma observação mais regular, são medidas que podem ser bastante úteis na antecipação de complicações, permitindo uma intervenção rápida e eficaz.

O caos presente num SU, obriga à sistematização e organização dos cuidados de enfermagem, promovendo uma cultura de segurança para profissional e cliente dos serviços de saúde. O risco no SU, bem como em todo o Sistema Nacional de Saúde é uma realidade, sendo por isso necessário criar estratégias eficazes de forma a proporcionar cuidados de saúde eficazes e adequados ao cliente, de qualidade e capazes de satisfazer as suas necessidades (Diário da República, 2021)

Como forma de sistematizar os cuidados, surge o plano de enfermagem. O plano de enfermagem é uma forma de sistematizar os dados colhidos pelo enfermeiro gerando focos de atenção, de forma a realizar avaliações diagnósticas e planear intervenções e decidir sobre os cuidados através de um processo dinâmico e individualizado. Este processo deve obedecer a regras de elaboração e nomenclatura e incorpora a necessidade de reflexão crítica do enfermeiro. Uma correta elaboração do plano de enfermagem permite ainda a extração de indicadores em saúde que podem ter influência direta nos cuidados de enfermagem (Silvestre, 2012).

Com vista a exaltar o planeamento de cuidados de enfermagem realizei um estudo de caso baseado num plano de cuidados de enfermagem, tendo escolhido um cliente da área de internamento médico de curta duração, pois é um local com um tempo de permanência mais longo (espectável até 48 horas) dentro do serviço de urgência, facilitando a colheita de dados e avaliação das intervenções de enfermagem efetuadas.

A elaboração do estudo de caso levou a uma reflexão crítica dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente, obrigando a sistematizar e planear cuidados e intervenções direcionadas resultantes de uma extensiva colheita de dados quer através dos registos previamente existente ou do contacto com os familiares, mas principalmente através de uma observação detalhada dos processos corporais, mentais, familiares e socioculturais do cliente.

A reavaliação dos cuidados e interpretação dos dados daí obtidos é também extremamente importante na prestação de cuidados, uma vez que nos permite aferir a efetividade das intervenções de enfermagem e adaptar o feixe de intervenções planeados de forma a otimizar e adaptar os cuidados de enfermagem ao cliente, caminhando para a excelência e personalização dos cuidados.

Outra característica do SU em geral, mas com maior impacto na sala de emergência prende-se com o transporte da PSC. O transporte da PSC consiste na sua mobilização quer intra ou inter-hospitalar devido à necessidade de facultar um nível assistencial superior ou para realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica que se considerem vitais para a assistência à pessoa em situação crítica. Sendo que todos os transportes acarretam riscos, deverá ser ponderado o risco-benefício para o doente, sendo uma decisão ponderada e planeada. Os profissionais envolvidos no transporte deverão antever todas as situações de risco e possíveis complicações, munindo-se de materiais e meios para a sua resolução (Nascimento, 2020).

Durante a realização do estágio apenas pude contactar e acompanhar transportes intra-hospitalares maioritariamente para realização de exames complementares de diagnóstico, mas também alguns clientes com enfarte agudo de miocárdio que foram encaminhados para a sala de hemodinâmica. Em todos os transportes que foram realizados houve um cuidadoso planeamento onde se

discutia a pertinência da realização do transporte, se reuniam os materiais e meios necessários para a sua realização e se avisava o serviço de destino acerca do transporte da pessoa em situação crítica, minimizando os tempos de espera e maximizando a prontidão para a receção da pessoa em situação crítica no serviço de destino.

Apesar do pouco contacto com as transferências inter-hospitalares, reparei que quer tivessem indicação de alta ou transferência para outra entidade hospitalar, os clientes apenas se faziam acompanhar de nota de alta médica, não sendo valorizada a entrega de uma nota de alta de enfermagem, identificando este aspeto como uma oportunidade de melhoria, resolvi fazer um projeto de melhoria em serviço com o objetivo de sensibilizar a equipa de enfermagem à elaboração de nota de alta de enfermagem.

A comunicação ao longo de todo o ciclo de cuidados é definida pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, como sendo essencial, especialmente nos momentos de transição de cuidados, sendo a passagem de informação entre os profissionais envolvidos no tratamento dos clientes de extrema importância (Diário da República, 2021).

Tendo em conta a importância da transmissão da informação, resolvi fazer uma pequena apresentação (Apêndice II e III) dirigida à equipa de enfermagem do SU onde abordei a importância de uma transmissão da informação clara e eficaz de forma a assegurar a segurança do doente e diminuir a possibilidade de eventos adversos (Direção Geral da Saúde, 2017a).

A utilização de uma ferramenta padronizada que sistematiza a informação a ser transmitida facilita a organização das ideias a transmitir, sendo por isso aconselhado Direção Geral da Saúde a utilização da metodologia ISBAR (Direção Geral da Saúde, 2017a).

Para a comunicação e fiz um pequeno apanhado de como realizar a carta de alta de enfermagem utilizando o aplicativo “*SClinic*” que já é o programa informático utilizado no serviço para a realização de registos de enfermagem.

A apresentação realizou-se no dia 27 de janeiro 2022 pelas 9 horas, de forma presencial, fora do intervalo de estágio, por conveniência do serviço e teve a duração aproximada de 15 minutos. Na sessão estiveram presentes cerca de 10 elementos da equipa de enfermagem do SU.

Apesar da grande afluência aos SU ser uma grande limitação para os enfermeiros, que veem o seu tempo ser escasso, não podemos esquecer os processos emocionais dos clientes, dedicando-lhes dentro do possível, tempo para expor as suas angústias e preocupações, estabelecendo uma relação terapêutica eficaz, facilitadora do processo de cuidar.

Tendo em conta que as visitas estão limitadas dentro do SU, e que os acompanhantes são restritos aos clientes que não tem capacidade de explicar a sua sintomatologia, não consegui ter muitos momentos de contacto com as famílias, no entanto sempre que foi possível, tentei integrá-las no cuidado à pessoa em situação crítica, explicando-lhes a situação clínica, os protocolos do serviço e incentivando-as a participar ativamente nos cuidados.

À semelhança do que aconteceu ao longo de todos os momentos de estágio, a situação pandémica devido à COVID 19 foi uma limitação à entrada de pessoas no já lotado SU, diminuindo por isso o contacto com familiares ou cuidadores dos clientes. Estas medidas podem ser penosas não só para os profissionais que se vêm privados de uma fonte de informação fiável, mas também para os clientes e para as famílias numa dificuldade acrescida na manutenção das relações interpessoais, mudando o seu cariz pessoal para um cariz remoto e sem a presença física, induzindo no cliente a sensação de isolamento e aumentando a ansiedade, depressão e complicações com o luto no seio familiar (Feder, et al., 2021).

Segundo a Direção Geral da Saúde, na orientação para acompanhantes e visitas nas unidades hospitalares em contexto de COVID, o direito ao acompanhamento deverá ser uma preocupação constante do Sistema Nacional de Saúde, garantindo o respeito pela humanização da prestação de cuidados e deverão ser permitidas visitas / acompanhantes em situações excecionais e mediante o cumprimento das normas sanitárias em vigor (Direção Geral da Saúde, 2020).

No que diz respeito à minha passagem pela UCIP, este demonstrou-se um ambiente muito mais controlado que a passagem pelo SU. O ambiente fechado, a existência de uma capacidade máxima de lotação e o número de profissionais envolvidos no cuidado ao cliente, fornecem a possibilidade de um trabalho mais metódico e controlado, permitindo uma vigilância mais apertada.

Uma das características mais salientes na PSC em contexto de UCIP prende-se com a monitorização hemodinâmica contínua que permite uma avaliação mais detalhada e pormenorizada da PSC.

A monitorização hemodinâmica é definida por um conjunto de técnicas invasivas que permite a recolha e interpretação dos dados, proporcionando a avaliação do estado da PSC e da eficácia do tratamento a ser utilizado. Os dados são apresentados através de curvas e valores em monitores e carecem de interpretação por parte do profissional de saúde (Silva, et al., 2017).

As técnicas de monitorização hemodinâmica invasiva, associadas a técnicas de monitorização não invasiva e análises laboratoriais tornaram-se uma ferramenta indispensável nas Unidades de Cuidados Intensivos, tendo um papel preponderante na tomada de decisão clínica e na elaboração de planos de enfermagem adequados às necessidades do cliente (Silva, et al., 2017).

A monitorização hemodinâmica na UCIP é sem dúvida uma mais-valia para o enfermeiro e para o cliente, todavia, não sendo a sua utilização inócua e acarretando riscos (principalmente associados a procedimentos invasivos), a escolha dos dispositivos de monitorização a utilizar, adequando-os às necessidades do cliente, é de extrema importância, devendo os profissionais de saúde ter um papel crítico e proativo direcionado a sua utilização em prol do risco / benefício para o cliente (Silva, et al., 2017).

Na UCIP, os parâmetros mais comuns de monitorização prendem-se com o controlo do perfil tensional, maioritariamente através de cateter arterial, monitorização de frequência cardíaca com eletrocardiografia de cinco derivações, saturação periférica de oxigénio, monitorização dos parâmetros ventilatórios em clientes sujeitos a ventilação invasiva e avaliação do índice bispectral (BIS). O recurso a escalas de avaliação da dor como a escala numérica, escala qualitativa de avaliação da dor e ainda a *Behavioural Pain Scale* (BPS) e de escalas de monitorização do estado de consciência como a Escala de Coma de Glasgow e a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), são ainda uma mais-valia na avaliação da PSC.

A interpretação dos dados obtidos através da monitorização da PSC não deve, no entanto, ser taxativa e igual para todos os clientes, a recolha, análise e interpretação deve ser realizada de forma holística e personalizada tendo em

conta as características específicas de cada um, de forma a proporcionar um tratamento o mais adequado possível a cada situação.

A existência de monitorização invasiva e não invasiva de forma contínua, bem como a existência de uma central de telemetria, permitem à equipa multidisciplinar assentar as suas decisões em dados concretos e atualizados, planear e adequar as suas ações de acordo com o estado da PSC, bem como intervir em tempo útil de forma a resolver situações de instabilidade hemodinâmica.

O tratamento e resolução de problemas associados à PSC no contexto de UCIP exige, além da capacidade de interpretação dos dados recolhidos, a existência de capacidade técnica, conhecimentos e experiência adequados ao contexto, sendo exigida a aplicação dos mesmos a nível prático, executando de forma correta as intervenções planeadas e não planeadas e agindo em conformidade com a situação que se deparam e adequando as suas ações conforme a necessidade da PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Dada a necessidade de adequação das intervenções de enfermagem à PSC e a necessidade de conhecimento no tratamento e intervenção junto da mesma, associado ao meu interesse pessoal na área dos neurocríticos e à existência de PSC do foro neurológico na UCIP, motivaram a realização de um projeto de intervenção onde abordei a manipulação da derivação ventricular externa (DVE) (Apêndice IV).

A DVE é um dispositivo de extrema importância na monitorização e tratamento da PSC com patologia do foro neurológico, onde exista um aumento significativo da pressão intracraniana (PIC), permitindo além da monitorização da mesma, a drenagem ou colheita de líquido cefalorraquidiano, bem como a administração de terapêutica específica (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021).

A DVE é um dispositivo invasivo que é inserido no corno frontal do ventrículo lateral que permite além da drenagem de líquido cefalorraquidiano e leitura da PIC (Galvan, Matzenbacher, Santo, Paczek, & Tanaka, 2021), além da administração de terapêutica diretamente no espaço intraventricular (Sakamoto V. , 2018).

Não sendo um dispositivo isento de riscos, quer devido à hemorragia que pode advir da sua inserção, quer ao risco de infeção local ou drenagem excessiva de líquido (Sakamoto V. , 2018) ou mesmo ao risco de formação de aneurismas cerebrais, convulsões, aumento da produção de líquido cefalorraquidiano, hemorragias intracranianas, hematomas e edema cerebral (Magalhães, et al., 2020), os cuidados à pessoa com DVE são de extrema importância devido às repercussões que podem advir de uma manutenção menos cuidadosa.

No sentido de fomentar a qualidade de cuidados na utilização da DVE, realizei uma lista de procedimentos diretos de enfermagem que pretendia apresentar à equipa, não sendo possível ainda ter realizado essa apresentação, quer devido a conveniência do serviço ou ao cumprimento de datas de estágio, sendo, no entanto, uma ação a ponderar e coordenar com o Enfermeiro Chefe.

Ainda no contexto da monitorização do cliente do foro neurocrítico, tendo em conta que a quase totalidade dos mesmos terem indicação para monitorização por BIS, realizei uma revisão de literatura no sentido de perceber quais os benefícios da monitorização do BIS na PSC do foro neurocrítico. Com base nesta revisão, elaborei e submeti o resumo para apresentação de poster no V Fórum das Especialidades de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde-Porto da Universidade Católica Portuguesa (Apêndice V).

O BIS é um parâmetro multifatorial proposto em 1994 pela *Aspect Medical Systems*, que permite a monitorização da sedação, através da medição das alterações no eletroencefalograma após a administração de agentes sedativos. O algoritmo do BIS processa o eletroencefalograma em tempo quase real e combina as características específicas de um espectrograma, de bispectro, e o nível de supressão no domínio do tempo para a obtenção do valor do índice bispectral (Brown, Purdon, Akeju, & Solt, 2020)

Inicialmente, o BIS foi desenvolvido para monitorizar a profundidade da sedação em doentes sem patologia cerebral. No entanto, as suas aplicações permitem a avaliação neurológica em doentes com outro tipo de patologias, tais como convulsões, doenças intracranianas refratárias, estado de mal epilético, traumatismo craniano, lesões cerebrais, entre outras, uma vez que estes valores

refletem a atividade da estrutura cortical do cérebro (Brown, Purdon, Akeju, & Solt, 2020).

A elaboração desta revisão de literatura demonstra que a monitorização do BIS na PSC do foro neurocrítico tem como maior aplicação a titulação da sedação, permitindo manter um nível de sedação ideal, adequado às necessidades do cliente, limitando a resposta ao stress, reduzindo a taxa metabólica cerebral, suprimindo convulsões e ajudando a controlar a pressão intracraniana. Uma sedação correta ajuda ainda a melhorar a sincronia doente-ventilador e pode ajudar na redução da duração da ventilação mecânica (Vanaclocha, Chisbert, Quilis, Bilotta, & Badenes, 2019).

Oliveira (2017) demonstrou que a monitorização do BIS apresenta diversos benefícios como a redução do tempo de extubação, redução do risco de náuseas, vômito, despertar com memória e redução do *dellirium* além de diminuição do risco de disfunção cognitiva (Oliveira, Bernardo, & Nunes, 2017).

O ambiente hospitalar é um ambiente propício a eventos adversos, sendo central a segurança do cliente, quer pelo impacto negativo para o cliente, quer pela implicação económica que estes podem acarretar. É de extrema importância intensificar esforços para promover uma cultura de segurança nos sistemas de saúde, mobilizando esforços para garantir uma boa prestação de cuidados de saúde, promovendo uma melhoria contínua para benefício do utilizador. Sendo os enfermeiros, os profissionais que mais passam junto do doente, é necessário que como elementos de uma equipa multidisciplinar, sejam um dos pilares na melhoria da qualidade dos sistemas de saúde (Pratas, 2017).

A equipa da UCIP integra uma grande variedade de elementos, mesclando elementos com muita experiência na área com elementos mais jovens e com menos experiência, permitindo uma partilha de informação que ajuda os elementos menos experientes a crescer enquanto enfermeiros, capacitando-os através de conselhos e da observação dos elementos mais experientes. Existe ainda uma política de crescimento assente na fundamentação teórica e procura de informação fidedigna e atualizada, estruturando os cuidados na fundamentação teórica mais atualizada.

Além do espaço físico da UCIP, os elementos de turno assumem ainda os cuidados partilhados com o SU pela Sala de Emergência e ainda a EMI, sendo

que existe um elemento por turno destacado para cada uma destas funções. Os cuidados prestados na Sala de Emergência e na EMI são maioritariamente de carácter emergente, com descompensação das funções vitais (Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP, 2019), sendo por isso necessária uma intervenção especialmente rápida e eficaz, recorrendo a competências técnicas e científicas para a abordagem da PSC, sendo para isso destacados elementos mais experientes.

Apesar de já ter alguma experiência em contexto de Cuidados Intensivos, existem alguns procedimentos específicos da UCIP onde estagiei que me obrigaram a uma pesquisa bibliográfica, devido à especificidade de alguns contextos como por exemplo a abordagem do cliente em contexto de Sala de Emergência e EMI.

A abordagem da PSC no contexto de emergência deverá ser sistematizada de forma a avaliar e tratar a causa de instabilidade da forma mais eficiente possível, tornando-se a metodologia ABCDE um *gold standard* no que diz respeito à sistematização de avaliações a realizar no sentido de perceber quais as prioridades na sua abordagem (Silva A. , 2015)

O aprofundar de conhecimentos na abordagem inicial da PSC segundo a metodologia ABCDE ajudou-me a perceber e sistematizar a minha própria abordagem dos clientes, seguindo os passos delineados de forma a cumprir todas as avaliações necessárias.

Além do cuidado direto à PSC, a inclusão da família nos cuidados é também uma preocupação da equipa multidisciplinar, e, apesar da situação pandémica em que nos encontramos, a presença de visitas de familiares foi sempre assegurada, desde que cumpridas as normas de segurança e as medidas preventivas impostas pela Direção Geral da Saúde.

É de extrema importância o reconhecimento da importância da família no cuidar da PSC, e de igual importância a intervenção junto da mesma, uma vez que não apenas a PSC, mas também a sua família vive um momento de transição e fragilidade, sendo crucial a comunicação com a mesma, cimentando uma relação terapêutica e de confiança, permitindo a partilha de experiências e sentimentos, bem como uma comunicação de notícias eficaz (Borges, 2015).

5. Dor, Sedação e *Delirium*, uma problemática na Pessoa em Situação Crítica

A dor é uma experiência pessoal de grau variável que é influenciada por vários fatores (biológicos, sociais e psicológicos), sendo uma experiência sensitiva desagradável associada a lesão ou potencial lesão e deve ser definida da perspectiva da pessoa que a vivencia, uma vez que a influencia da experiência e vida e a aprendizagem do conceito da dor pode ser variável (Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, 2020).

A dor não deve ser desvalorizada, pois depende da percepção pessoal, podendo ter efeitos nocivos no bem-estar físico, social e psicológico do interveniente, sendo por isso de extrema importância a valorização da queixa, quer seja verbal ou não, uma vez que a capacidade de a comunicar verbalmente poderá estar comprometida (Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, 2020).

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que permanece mais tempo junto da pessoa com dor, é de extrema importância que o seu papel para o conforto e alívio da dor seja preponderante, tendo um grande impacto nos resultados clínicos desejáveis (Castanheira, Naves, Santos, Lameiras, & Faustino, 2015).

Com o objetivo de melhor intervir sobre a dor, existem várias escalas que permitem avaliar a intensidade da dor, como por exemplo a escala numérica, escala qualitativa escala de fácies (revista) que são escalas de autoavaliação, ou seja, estão dependentes de uma resposta por parte do cliente. Existem ainda escalas como a de FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) ou a escala BPS-IP/PT (adaptação portuguesa da Behavioral Pain Scale – Intubated Patient), que são escalas de heteroavaliação, ou seja, que estão dependentes da avaliação por parte do profissional de saúde. A escala de avaliação da dor escolhida deverá ser a que mais se adequa à situação em questão, tendo sempre em mente que é uma avaliação subjetiva (Castanheira, Naves, Santos, Lameiras, & Faustino, 2015).

Para além da intensidade da dor, é importante avaliar outras características da mesma (localização, tipologia, carácter, períodos de exacerbação), bem como as intervenções farmacológicas e não farmacológicas

realizadas no sentido do alívio da mesma (Castanheira, Naves, Santos, Lameiras, & Faustino, 2015).

Sendo um importante processo patológico, o controlo da dor torna-se essencial na pessoa em situação crítica, fazendo inclusive parte das competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Enfermagem à PSC o domínio de conhecimentos referentes à gestão farmacológica e não farmacológica de medidas de combate à dor (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo a Direção Geral da Saúde (2017) o controlo da dor é um papel multidisciplinar devido à multidimensionalidade da dor, devendo todos os clientes ter acesso a cuidados de saúde no que diz respeito ao tratamento da dor de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população em geral (Direção Geral da Saúde, 2017c).

No que diz respeito às medidas farmacológicas de controlo da dor, o papel do enfermeiro passa essencialmente pela ação interdependente de identificação e caracterização da dor, comunicando à equipa médica e posteriormente administrando o fármaco prescrito. Quanto à terapia não farmacológica, o enfermeiro tem mais autonomia para a aplicação de medidas de alívio da dor, sendo importante uma observação minuciosa para perceber o processo que está a despoletar a dor. A utilização de terapias não farmacológicas pode abordar várias alternativas, sendo exemplos a imaginação guiada, técnicas de distração e relaxamento, posicionamentos antiálgicos ou aplicação de crioterapia, devendo ser escolhida a técnica que mais se adequar à situação. A educação comportamental nos casos de dor crónica pode ser também aceite como terapia não farmacológica (Peixoto, 2016).

As medidas não farmacológicas de alívio da dor podem acarretar diversos benefícios, uma vez que são isentas de efeitos colaterais (ao contrário das medidas farmacológicas), são normalmente bem toleradas e podem potenciar o efeito terapêutico global, reduzindo a necessidade e / ou dependência de fármacos (Peixoto, 2016).

A realidade que encontrei no serviço de urgência relativamente ao controlo da dor, vai um bocadinho contra as expectativas que tinha desenvolvido relativamente a este assunto, uma vez que a recetividade do cliente a terapias

não farmacológicas de controlo da dor é muito baixa, sendo priorizadas as terapêuticas farmacológicas. A escassez de tempo e grande afluência populacional são ainda fatores que dificultam a ação do enfermeiro na implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor.

A sedação associada à percepção da dor, permite um controlo farmacológico mais eficaz, permitindo aliviar a sensação de dor na pessoa em situação crítica, facilitando intervenções invasivas e reduzindo a agitação associada à dor. A associação com a analgesia demonstra-se eficaz no controlo da dor severa, sendo, no entanto, um fator passível de prolongar o tempo de internamento da pessoa em situação crítica, aumentando os eventos adversos como a prevalência do *delirium* (Silva, Barbosa, Bastos, & Beccaria, 2017).

Para a avaliação do grau de sedação na pessoa em situação crítica, utiliza-se a escala de RASS, uma escala de heteroavaliação adequada a situações em que a pessoa em situação crítica se encontra limitada de responder a uma escala de dor estar sob o efeito de fármacos sedativos (Sessler, et al., 2002).

No serviço de urgência, o meu contacto com a pessoa em situação crítica sujeita a sedação, cingiu-se à sala de emergência, tendo sempre um carácter bastante ambulatorio com a prioridade de estabilizar as funções vitais para depois ser transferida para outra unidade onde seriam continuados os cuidados, a escala de RASS era utilizada aquando da avaliação protocolada dos parâmetros vitais, servindo para titular o nível de sedação pretendida para a situação em específico.

Em contexto de UCIP, muitos clientes encontram-se sedados e incapazes de comunicar, sendo por isso de extrema importância a utilização de escalas como a BPS. A BPS é uma escala de heteroavaliação da dor que utiliza os parâmetros de expressão facial, movimentos corporais e adaptação à ventilação mecânica para mensurar o nível de dor da PSC (Silva, Barbosa, Bastos, & Beccaria, 2017).

O controlo da dor na UCIP é feito maioritariamente com recurso a terapêutica analgésica e sedativa que permite minimizar a sensação de dor e desconforto provocada pelas inúmeras intervenções invasivas a que a PSC se encontra sujeita, no entanto estas terapêuticas estão associadas a uma maior taxa de mortalidade, morbidade, infeções nosocomiais, prolongamento do

tempo de estadia em meio hospitalar, aumento das intercorrências relacionadas com processos infecciosos e ainda a ocorrência de *delirium*, sendo por isso necessária uma titulação da terapêutica utilizada (Silva, Barbosa, Bastos, & Beccaria, 2017).

Um dos instrumentos que permite aos enfermeiros na UCIP avaliar o estado de sedação da PSC é a escala de RASS. A escala de RASS é uma escala aplicada a clientes sedados que classifica a sedação em função da resposta motora, podendo esta classificação ser positiva (agitação) ou negativa (sedação). O controlo e titulação de sedativos está intimamente relacionado com a ocorrência de eventos adversos, devendo ser realizada uma monitorização constante e consequente intervenção por parte da equipa multidisciplinar (Silva, Barbosa, Bastos, & Beccaria, 2017).

O *delirium*, sendo uma das consequências da terapêutica sedativa na UCIP, é uma manifestação bastante comum na PSC em UCIP. Pode ter várias etiologias como a idade género, existência prévia de patologia do foro neurológico ou estar relacionado com fatores intrínsecos à UCIP, como por exemplo a iluminação, a presença de relógio ou isolamento (Pitrowsky, Shinotsuka, Soares, Lima, & Salluh, 2010).

Na UCIP onde realizei estágio, a avaliação das escalas de dor e sedação é uma realidade, estando presentes entre as intervenções consideradas obrigatórias no plano de trabalho. A preocupação pelo ajuste da terapêutica analgésica e sedativa é também um ponto de referência para a equipa multidisciplinar, procurando ajustar a sedação ao mínimo de fármacos possível sem que a PSC sinta dor nem desconforto. Há ainda a preocupação com o ambiente que envolve o cliente, ajustando as luzes ao respetivo horário e colocando relógios com a data e a hora para que o cliente possa ter uma sensação de orientação relativamente ao espaço e ao tempo.

Durante o estágio procurei realizar avaliações de dor e sedação de acordo com os protocolos de serviço, utilizando maioritariamente as escalas de BPS e RASS, respetivamente, alertando a equipa médica e o enfermeiro tutor sempre que detetava alguma alteração. A preocupação com o controlo não farmacológico da dor foi sempre uma preocupação, tentando posicionar a PSC em posição antiálgica, massajando-a aquando do posicionamento e utilizando

técnicas de distração, relaxamento e promoção do conforto sempre que aplicável, complementando as terapias farmacológicas, para um alívio mais efetivo da dor.

Durante a prestação de cuidados direta, procurei sempre manter um discurso com a PSC, mesmo que sedada e procurei realizar orientação para a realidade, explicando à PSC onde estava, qual o motivo de internamento, reduzindo o barulho ao mínimo possível e envolvendo a família nos cuidados e incentivando a comunicação com o cliente, no sentido de evitar episódios de *delirium*.

6. Estabelecer uma relação terapêutica eficaz com a pessoa em situação crítica e/ou família

Uma relação terapêutica eficaz é a base de todas as intervenções de enfermagem, definindo-se como a utilização do “eu” como instrumento terapêutico, permitindo a colocação de um cunho de cariz pessoal que pode funcionar como facilitador ou inibidor do processo terapêutico. A perceção deste domínio implica além de um domínio teórico-técnico, o desenvolvimento de perícia e ordem pessoal que resulta na compreensão das características do individuo (Pereira & Botelho, 2014).

Uma das bases para estabelecer uma boa relação terapêutica com a PSC e / ou família prende-se com a comunicação. A comunicação pode-se dividir em verbal e não verbal e em qualquer uma das formas é uma poderosa ferramenta inerente ao comportamento humano que permite, além da troca de informações, a partilha de sentimentos e emoções entre as pessoas. Uma boa comunicação terapêutica deverá ser traduzida em ganhos em saúde (Campos, 2017).

Para que seja eficaz, a comunicação deverá ser assertiva e simples de forma que a mensagem seja passada de forma clara e com uma linguagem adequada para ambos os intervenientes. O orador deve ser flexível e ter a capacidade de se adaptar às diferentes situações. Associado a um discurso claro e apropriado, devemos associar algumas características não-verbais como a disponibilidade e atenção ao outro, uma linguagem corporal que demonstre disponibilidade, bem com uma expressão facial calma e sorridente, transmitindo uma harmonia que favorece o respeito e confiança mútuos (Campos, 2017).

Dentro do SU, o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz pode tornar-se um processo extremamente complexo. A grande afluência populacional, a carga excessiva de trabalho e a falta de predisposição para a comunicação por parte do cliente com doença aguda são fatores que dificultam uma comunicação adequada e a adequação do tempo necessário para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e adequada, no entanto o EE deverá desenvolver características em técnicas de comunicação que lhe permitam adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No SU, a comunicação nem sempre é um fardo fácil para o enfermeiro devido à elevada carga de trabalho, tempo limitado de intervenção e urgência das tarefas a realizar, no entanto, durante o estágio procurei despender algum tempo com os clientes, conversando com eles sobre o motivo de admissão e sobre as suas dificuldades, mantendo uma atitude de escuta ativa, utilizando uma linguagem clara e apropriada, mantendo uma postura calma e serena de forma a que se pudesse criar uma relação terapêutica saudável, aumentando o grau de confiança do cliente nos serviços de saúde, assim como os ganhos em saúde.

Por vezes, os clientes adotam uma postura um pouco agressiva devido ao tempo de espera ou sensação de mal-estar, sendo necessário nessas situações a adoção de uma postura calma, deixando o cliente expor os argumentos e tentando explicar calmamente o porquê da situação e tentando apaziguar a situação e procurando mais uma vez estabelecer uma relação de confiança sem prejuízo para o enfermeiro ou para o cliente.

No contexto de UCIP, e apesar do seu ambiente único, é extremamente importante manter a humanização dos cuidados, estabelecendo uma relação com a PSC e família (Borges, 2015).

A comunicação pode não ser um projeto fácil em contexto de UCIP, uma vez que muitos dos clientes se encontram incapazes de comunicar quer seja por sedação, défices neurológicos, *delirium*, estados confusionais ou mesmo devido a barreiras mecânicas como a entubação endotraqueal (Coelho, et al., 2020).

Apesar de problemática, a comunicação é um ponto essencial de trabalho para o enfermeiro em UCIP, sendo mantido o contacto verbal mesmo com o paciente sedado como forma de estabelecer uma possível relação terapêutica.

Sempre que era possível estabelecer uma comunicação bilateral com a PSC foram utilizados métodos de comunicação alternativa, como o recurso a um bloco de anotações, quadro de imagens e letras e a tentativa de integrar a família nos cuidados como forma de perceber o contexto sociofamiliar em que este se encontrava inserido.

7. Protocolos de controlo de infeção e resistência a antimicrobianos - um desafio atual

As infeções associadas a cuidados de saúde são um problema atual e uma ameaça real à segurança dos clientes dos sistemas de saúde, trazendo não apenas implicações para a morbilidade e mortalidade dos clientes, mas acarretando também grandes custos em saúde, sendo considerado pela Direção Geral da Saúde como um problema de saúde pública (Direção Geral da Saúde, 2017b).

No sentido de combater os malefícios das infeções associadas a cuidados de saúde, a Direção Geral da Saúde criou um grupo de 10 intervenções denominadas Precauções Básicas de Controlo de Infeção que englobam: a avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamento de proteção individual, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, o manuseamento seguro da roupa, a gestão adequada dos resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho. O cumprimento destas 10 medidas por parte dos profissionais de saúde deverá ser um fator desencadeante para a diminuição da prevalência de infeção e resistência a antimicrobianos (Direção Geral da Saúde, 2017b).

É dever do EE a conceção de planos de intervenção com vista à redução das infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos, bem como liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção e controlo de infeção, salvaguardando a divulgação do Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos, assegurando o seu cumprimento (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A Enfermagem, sendo por definição uma profissão que visa a assistência direta ao cliente, tem um papel fulcral na prevenção da infeção e resistência antimicrobiana, devendo por isso ter uma preocupação constante, não apenas no cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, mas procurando conhecimento, atualizando-se e munindo-se de conhecimento

prático e científicos e de normas éticas e morais que lhe permitam ter um papel preponderante na redução das intercorrências associadas ao controlo de infeção e resistência antimicrobiana (Garcia Dutra, et al., 2015).

O SU é um local especialmente propício à ocorrência de eventos adversos no que diz respeito ao controlo de infeção e resistência antimicrobiana, uma vez que reúne as condições definidas por Garcia Dutra, et al. (2015) como sendo precipitantes das dificuldades dos profissionais no cumprimento das normas recomendadas. A elevada carga de trabalho, elevada afluência e muitas vezes o desajuste do espaço físico às necessidades reais da população podem desencadear uma sequência de eventos propícia à disseminação de infeções (Garcia Dutra, et al., 2015).

Apesar da imprevisibilidade, carga de trabalho e afluência que se verificam no SU serem fatores precipitantes para o facilitismo e possível incumprimento das diretrizes para o controlo de infeção e resistência antimicrobiana, a equipa do serviço de urgência tem um comportamento exemplar neste item, promovendo uma cultura de segurança e seguido as orientações mesmo num contexto pandémico que levou a inúmeras alterações de guias orientadores, levando a uma mudança estrutural profunda no funcionamento do SU.

No contexto da UCIP, a aplicação das diretrizes de Precauções Básicas de Controlo de Infeção torna-se mais simples, uma vez que o ambiente é mais controlado, mais calmo e existem meios mais diferenciados para a realização de isolamentos, como é o caso das *boxes* individuais que permitem, além de uma barreira para isolamentos de contacto, a existência de pressão negativa e positiva adequados a isolamentos de partícula e gotícula.

O facto de existirem condições físicas e organizacionais propícias ao cumprimento dos protocolos de Precauções Básicas de Controlo de Infeção, não é suficiente para assegurar que estes sejam efetivamente cumpridos, a existência de uma cultura de segurança entre profissionais e a busca constante por melhoria nos cuidados de saúde deverá ser uma premissa presente em qualquer equipa de profissionais tendencialmente cada vez mais qualificados e por isso, mais capacitados para a aplicação de conhecimentos e tomada de decisão (Andrade & Castro, 2016).

O que pude observar durante o estágio na UCIP vem de encontro ao defendido por Andrade e Castro (2016), uma vez que pude encontrar uma equipa em constante procura pela melhoria e com um sistema de trabalho enraizado, onde até os elementos mais novos ou mesmo externos ao serviço, se sentem impelidos a continuar com uma política de boas práticas, englobando claro, os princípios de controlo de infeção e resistência antimicrobiana (Andrade & Castro, 2016).

Ao longo do estágio procurei ir de encontro à ideologia da equipa e assim cumprir as normas exigidas para o controlo de infeção e resistência antimicrobiana adequando o uso de equipamento de proteção individual, realizando uma correta higienização das mãos, das unidades, das superfícies e dos materiais utilizados, realizando uma correta separação acomodação dos resíduos e das roupas, utilizando sempre máscara tipo P2 (muito por força do contexto pandémico) e realizando o rastreio de situações de risco para a infeção por COVID-19, de Enterobacteriaceas produtoras de Carbapnemas nos clientes internados ou outros agentes patogénicos cujo risco de infeção possa existir (por exemplo, isolando de casos suspeitos de tuberculose num quarto com pressão negativa ou separando casos suspeitos de escabiose num espaço físico diferente). Os 5 momentos de desinfeção das mãos aquando do contacto com o cliente também foram uma preocupação constante ao longo do estágio.

8. Gestão de Serviços – Um Papel do Enfermeiro Especialista

Com o avançar dos tempos e com a modernização do sistema de saúde, acrescentando avanços científicos e tecnológicos a gestão hospitalar sofreu uma grande mudança, obrigando os enfermeiros a uma adaptação de papéis e a um grande aumento das responsabilidades (Rocha, Sousa, & Martins, 2016).

A obtenção do título de EE acarreta a aquisição de algumas competências quer sejam comuns às diversas áreas da especialidade, quer sejam específicas de cada área. As competências comuns definem um conjunto de características que o enfermeiro especialista de qualquer uma das áreas deve desenvolver paralelamente às competências específicas da sua área de especialidade e que são transversais aos diversos contextos da área da especialidade e que envolvem as dimensões de educação dos pares, desenvolvimento contínuo, orientação, aconselhamento e liderança. Um EE deverá ser capaz de, entre outras competências, integrar o domínio da gestão dos cuidados de enfermagem, tendo em conta a eficácia e eficiência da sua equipa e a articulação com a equipa multidisciplinar, bem como adaptar as suas capacidades de gestão e liderança aos contextos específicos, de forma a prestar os melhores cuidados de saúde possíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O bom funcionamento do SU está dependente de capacidades de liderança e gestão adequadas aos serviços prestados, motivando os profissionais e zelando para que se possam prestar os melhores cuidados de saúde possíveis, não dando aso a atitudes que possam levar a má qualidade e ineficiências. Características como o espírito de liderança e gestão deverão sempre estar presentes nas pessoas responsáveis pela coordenação do serviço de urgência (Brazão, Nóbrega, Bebian, & Carvalho, 2016).

Durante o estágio no serviço de urgência tive o privilégio de acompanhar de perto um enfermeiro especialista na prestação de cuidados diferenciados aos clientes, realçando o seu sentido crítico, capacidade de gestão de vagas e da doença e a procura constante de dar um contributo diferenciador na organização do serviço, priorizando acima de tudo a segurança e bem-estar do cliente, mas

procurando olear as engrenagem no sentido de fazer fluir da forma mais eficaz a desorganização e caos em que se pode transformar muito rapidamente o SU.

Durante o cuidar, o enfermeiro deverá sempre ter em conta um determinado conjunto de características que lhe permitam realizar a gestão dos seus cuidados de forma a prestar cuidados de enfermagem centrados no cliente, mas que permitam fluidez e eficácia no planeamento e execução das intervenções autónomas e interdependentes. A capacidade de líder e comunicador deverá estar sempre presente e aliada a uma boa interação com a restante equipa multidisciplinar, de forma a planear e organizar os cuidados, facilitando a tomada de decisão (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes, 2017).

O planeamento de cuidados não é uma prática de fácil execução no SU, uma vez que este se pode tornar muitas vezes imprevisível, sendo por isso a capacidade de antecipação de situações problemáticas e a capacidade de tomada de decisão tendo em conta a melhor prestação de cuidados possível, uma das competências mais importantes a desenvolver pelo EE em contexto de SU.

Para além de acompanhar de perto o meu Enfermeiro Tutor, tive oportunidade de analisar ao longo de dois turnos no trabalho de uma das EE dedicadas às funções de coordenação do serviço de urgência. Durante os turnos que fiz com a Enfermeira Coordenadora, verifiquei que o tempo que iria passar a acompanhá-la seria ínfimo, tendo em conta a quantidade de tarefas que esta tem de realizar. Desde a gestão do material de armazém a gestão do stock de terapêutica e estupefacientes do serviço, antecipando possíveis gastos e fazendo pedidos de material e terapêutica para que o serviço de urgência possa operar sem faltas, à gestão da distribuição dos elementos da equipa pelas diversas áreas de trabalho, tendo em conta as preferências e limitações de cada elemento, passando pela tentativa de colmatar a falha de pessoal devido a baixas médicas inesperadas, o enfermeiro coordenador deve servir ainda como mediador de possíveis conflitos, tendo a obrigatoriedade de intervir caso alguma situação saia dos trâmites esperados.

A articulação com os restantes elementos da equipa, bem como a tomada de decisão e antecipação são assim mais uma vez demonstrados como elementos definidores do EE, recaindo sobre ele uma responsabilidade elevada

no que concerne à organização do trabalho e gestão dos recursos humanos (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes, 2017).

É ainda obrigatoriedade do enfermeiro coordenador a gestão da qualidade através de auditorias internas periódicas (juntamente com o chefe da equipa médica), fazendo cumprir uma cultura de segurança, diminuindo a propensão de eventos adversos. Apesar de não se envolver na prestação de cuidados diretos, recaem sobre ele várias outras responsabilidades relacionadas com os mesmos, como por exemplo a confirmação da identificação com pulseira própria dos clientes com elevado risco de fuga, tem ainda um papel ativo na gestão das vagas do serviço e o cuidado de se inteirar do panorama geral do serviço de urgência, mobilizando, se necessário, recursos para que o funcionamento do mesmo seja o mais adequado possível.

À semelhança do SU, existe também na UCIP um EE em reabilitação que acumula a reabilitação com as funções de gestão do serviço, porém num nível menor, uma vez que apenas tem o turno da manhã para a realização das suas tarefas. Um dos aspetos negativos da cumulação de funções de gestão e reabilitação prende-se com a falta de tempo que o EE acumula com as mesmas, despendendo tempo precioso quer numa quer noutra função e acabando por não ter tanto tempo quanto desejável para a execução de qualquer uma das tarefas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), as Unidades de Cuidados Intensivos (nível III) deverão assegurar 12 horas de cuidados de reabilitação por cada 5 clientes todos os dias uteis da semana (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Tendo em conta que a UCIP apenas dispõe de cuidados de enfermagem de reabilitação durante 6,5 horas por dias uteis, e a essas funções ainda são adicionadas as funções de gestão, poderia ser um aspeto a melhorar dentro da unidade, por exemplo com a adição de um enfermeiro apenas dedicado a estas últimas.

O EE tem como funções a gestão de stock de fármacos e material, fazendo os pedidos de material em antecipação às necessidades do serviço, a realização do plano de trabalho diário e a gestão de pessoal, tendo de ligar para os elementos na equipa sempre que é necessário colmatar alguma falha de última hora, ficando ainda em substituição do Enfermeiro Chefe sempre que este tenha necessidade de se ausentar do serviço ou esteja de férias.

Nos períodos em que o EE se encontra ausente, fica encarregado das suas funções de gestão do serviço o enfermeiro responsável de turno. Tendo em conta as suas funções de prestação de cuidados diretos, associado às funções de gestão, o enfermeiro responsável de turno tem necessidade de assumir o papel de líder, articulando as atividades burocráticas com a gestão das dinâmicas do serviço (por exemplo gerir tempos de altas ou entradas de forma a não perturbar a dinâmica do serviço ou mesmo a gestão de camas tendo em conta as necessidades e especificidades de cada cliente), cooperando com a equipa multidisciplinar e comunicando com os restantes colegas para que a prestação de cuidados seja otimizada (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes, 2017).

Para além do EE ou enfermeiro responsável de turno, cada enfermeiro tem um papel preponderante na gestão de cuidados (embora num plano menos abrangente) articulando o processo assistencial de forma a prestar os melhores cuidados possíveis, contribuindo para o bem-estar do cliente e da família e melhorando os níveis de satisfação (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes, 2017).

9. Conclusão

A PSC carece de uma atenção especial por parte da Enfermagem, uma vez que exige um grau de capacidade de decisão em tempo útil e complexidade acima da média, não havendo tempo para planear, o enfermeiro deverá olhar para a PSC de forma holística e ter a capacidade de detetar um problema, conceptualizar a ação e dar uma resposta rápida e eficaz sempre com recurso a um pensamento crítico-reflexivo e suportado na evidência.

A elaboração deste relatório de estágio foi um estímulo para a reflexão acerca da prática clínica ao longo do estágio no SU e UCIP, sendo o colmatar da aquisição de competências *in loco* passado para texto.

Os objetivos previamente delineados serviram como guia orientador não só para a aquisição de competências específicas direcionadas para os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros, mas também indo de encontro aos meus objetivos pessoais e, também, serviram de guia para a elaboração deste relatório, relembrando atividades desenvolvidas e dando um fio orientador para a sua elaboração.

Apesar de já ter contacto com clientes em contexto de UCIP, o estágio do SU foi o meu primeiro contacto com a PSC neste contexto, gerando por isso algumas dificuldades devido à elevada rotatividade dos clientes, não havendo muito tempo para um conhecimento mais aprofundado das suas especificidades. A rotação pelas diversas áreas com especificidades diferentes também se tornou inicialmente um entrave, pois a prestação de cuidados e a mobilização de conhecimentos tiveram de ser adaptadas, não havendo tanto espaço para consolidação de aprendizagens e competências a adquirir. elevada quantidade de exames complementares de diagnóstico e terapêutica realizados, obrigando à ausência temporária do serviço, também se demonstraram um entrave.

Todo o contacto com uma nova realidade que é o serviço de urgência, obrigou-me a desenvolver competências a nível da adaptação ao serviço, exigindo um esforço extra da minha parte para acompanhar o dia-a-dia do serviço de urgência e desafiando a minha capacidade de avaliação da PSC e de gestão de cuidados, procurando responder ao máximo de clientes possível,

muitas vezes em condições menos desejáveis, mas sempre tendo em conta a segurança e integridade do cliente.

Apesar de ser um local munido de várias adversidades, o SU é um local de estágio rico em experiências e onde as competências do EE se podem realçar, pautando pela diferença e pela diferenciação nos cuidados de enfermagem prestados e levando à aquisição de vários tipos de competências dentro das suas diversas vertentes.

Foi ainda o meu primeiro contacto com a SE e com o posto de triagem, que dentro do serviço de urgência serão as principais portas de entrada, obrigando o enfermeiro nestes postos a munir-se de um conjunto de competências técnicas, científicas e pessoais, bem como espírito crítico, para que o restante encaminhamento não sofra quaisquer percalços.

Relativamente à UCIP, demonstrou-se uma experiência enriquecedora, pois permitiu-me desenvolver um espírito mais reflexivo sobre os cuidados que presto no meu dia-a-dia, sob a alçada do Enfermeiro Tutor, que sempre me estimulou a desenvolver raciocínio crítico, antecipando focos de instabilidade e desenvolvendo competências técnicas e científicas que me permitissem dar resposta às necessidades da PSC.

Ainda dentro do contexto de UCIP gostaria de ter tido oportunidade de acompanhar uma consulta de *follow-up* ou ter um aprofundamento maior do contexto do EE na gestão da unidade, no entanto devido a logística do serviço e incompatibilidade de horário não foi possível.

De entre todos os temas abordados ao longo do relatório, outro que gostaria de ter desenvolvido mais um pouco foi a integração da família no cuidado à PSC, mas devido à situação pandémica em que ainda nos encontrávamos e às restrições impostas na altura, o contacto com a família foi mais reduzido que o esperado.

A Enfermagem foi uma escolha de vida que abracei e com o tempo tenho vindo a aprender a acarinhar. É uma profissão que tenho vindo a exercer e a descobrir, ficando sempre uma sensação de vazio a preencher, tão vasto é o seu domínio e complexidade. Aliado ao gesto de *cuidar*, é necessária a inclusão do *saber*, para que o complemento entre estes dois conceitos se possa unir e criar o que para mim se torna uma forma de arte.

Na procura de aprimorar esta arte, procurei desenvolver os meus conhecimentos através da realização deste Curso com vista à obtenção do grau de Mestre e do título de EE, mas este percurso veio ensinar muito mais que a minha expectativa. Mais do que todos os conhecimentos, depois deste percurso, sinto-me capacitado e com ferramentas que me permitirão desenvolver capacidades únicas e ilimitadas, permitindo-me crescer como pessoa e como Enfermeiro.

10. Referências Bibliográficas

- Abdullayev, R., Uludag, O., & Celik, B. (5 de Janeiro de 2019). Índice de Analgesia/Nocicepção: avaliação da dor aguda pós-operatória. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, pp. 396-402. doi:<http://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.01.003>
- Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*.
- Amaral, P. (2017). *Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Andrade, E., & Castro, A. (2016). A importancia da esducação em saúde para o controle da infeção hospitalar. *Journal of Orofacial Investigation*, 43-52. Obtido em 16 de Abril de 2022, de <https://jnt1.websiteseuro.com/index.php/JOFI/article/view/129>
- Assembleia da República. (2014). Lei n.º 15/2014 - Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República, 1ª Série nº57*, 2127 - 2131.
- Borges, D. (2015). *A Comunicação com a Família em Contexto de Cuidados Intensivos*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(3), 8 - 14.
- Brown, E., Purdon, P., Akeju, O., & Solt, K. (2020). Monitoring the State of the Brain and Central Nervous System During General Anesthesia and Sedation. Em M. Gropper, L. Erikson, L. Fleisher, J. Wiener-Kronish, N. Cohen, & K. Leslie, *Miller's Anesthesia* (Vol. 9, pp. 1279 - 1297).
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 15(1), 91 - 101.

- Carvalho, M. (2016). *O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameiras, M., & Faustino, S. (2015). Dor 5º Sinal Vital. *Concurso padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da secção regional sul da ordem dos enfermeiros, 2ª Edição*.
- Coelho, P., Valle, K., Carmo, G., Santos, T., Nascimento, J., & Pelosi, M. (2020). Sistematização dos procedimentos para a implementação da comunicação alternativa e ampliada em uma UTI geral. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 829 - 854. doi:<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1930>
- Costa, J., Araújo, A., Madeira, J., Capela, J., Gandra, M., Quintas, M., . . . Lencastre, L. (2001). Serviço de Urgência e Serviço de Atendimento Permanente - Definição e Requisitos Mínimos. *Norte Médico*(7), 36 - 39.
- Cruz, A., Gomes, A., & Parreira, P. (2017). Focos de atenção prioritários e ações de enfermagem dirigidos à pessoa idosa em contexto clínico agudo. *Revista de Enfermagem Referência, Séri IV, nº15*, pp. 73-82.
- Diário da República. (2021). Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República, 2ª série nº 187*(187), 96-103.
- Direção Geral da Saúde. (2017a). Norma nº 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. 1-8.
- Direção Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2017c). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. 1- 10.
- Direção Geral da Saúde. (2018). Norma 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata.
- Direção Geral da Saúde. (2020). Orientação nº 038/2020 - COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares. 1 - 5.
- Feder, S., Smith, D., Griffin, H., Shreve, S., Kinder, D., Kutney-Lee, A., & Ersek, M. (Março de 2021). "Why Couldn't I Go in To See Him?" Bereaved Families'. *JAGS*, pp. 587-592. doi:10.1111/jgs.16993

- Ferreira, M., Fernandes, J., Jesus, R., & Araújo, I. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1). doi:10.12707/RIV19086
- Galvan, C., Matzenbacher, L., Santo, D., Paczek, R., & Tanaka, A. (2021). Enfermagem no Cuidados ao Paciente Neurocirúrgico em uso de Derivação Ventricular Externa: relato de experiência. *Research, Society and Development*, 10(10), 1-6. doi:http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18715
- Garcia Dutra, G., Pereira da Costa, M., Ott Bosenbecker, E., Moura de Lima, L., Heckler de Siqueira, H., & Cecagno, D. (2015). Controle da infecção hospitalar: função do enfermeiro. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 2159-2168. doi:https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750945033
- Koerich, C., Lanzoni, G., & Erdmann, A. (2016). Fatores associados à mortalidade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(2748). doi:doi:10.1590/1518-8345.0708.2748
- laugaland, K., aase, K., & barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work*, 41, 2915-2924. doi:10.3233/WOR-2012-0544-2915
- Magalhães, J., Maciel, C., Silva, C., Melo, J., Dias, K., Silva, K., . . . Menezes, S. (2020). Cuidados de enfermagem na manipulação do cateter de DVE e PIC através do relato de um caso clínico. *Brazilian Journal of health Review*, 3(5), 15243-15252. doi:10.34119/bjhrv3n5-304
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 203 - 212.
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República*, 2ª Série n.º 153, 20637-20678.
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323-332. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1982-

- Nascimento, A. (2020). *Transporte do Doente Crítico: Uma Prática de Qualidade*. Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde, Portalegre.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 125-134. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII11124>
- Oliveira, C., Bernardo, W., & Nunes, V. (2017). Benefit of general anesthesia monitored by bispectral index compared with monitoring guided only by clinical parameters. Systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(1), 72-84. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.10.002>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2ª Série nº123*, 17240 - 17243.
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Ordem dos Enfermeiros. (08 de Setembro de 2017). Parecer N.º 10 / 2017 - Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. *Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 1 - 4.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018. *Diário da República, 2.ª série(135)*, 19359 - 19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, 2ª Serie nº 184*, 128-155.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série(26)*, 4744 - 4750.
- Paiva, A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., . . . Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva.

- Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Méier, M., Crozeta, K., & Lazzari, L. (2009). A Prática Baseada em Evidências Como Ferramenta para a Prática Profissional do Enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, pp. 760-763. doi:<http://www.redlyc.org/articulo.oa?id=483648977023>
- Peixoto, S. (2016). *Métodos não Farmacológicos de Controlo da Dor*. Lisboa.
- Pereira, P., & Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61 - 73.
- Pitrowsky, M., Shinotsuka, C., Soares, M., Lima, M., & Salluh, J. (2010). Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 274 - 279.
- Pratas, A. (2017). Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência.
- Rocha, M., Sousa, P., & Martins, M. (Julho de 2016). A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. 18(2), pp. 89-105. doi:10.11144/Javeriana.ie18-2.aoed
- Sakamoto, V. (2018). *Derivação Ventricular Externa: desenvolvimento de protocolo assistencial de enfermagem direcionado ao paciente adulto*. Mestrado, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre. Obtido em 15 de 12 de 2021, de <http://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/670>
- Sakamoto, V., Vieira, T., Viegas, K., Blatt, C., & Caregnato, R. (2021). Cuidados de enfermagem na assistência ao paciente com derivação ventricular externa: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), 1-11. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0796>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). Norma técnica para disponibilização de notas de alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico. 1-20.
- Sessler, C., Gosnell, M., Grap, M., Brophy, G., O'Neil, P., Keane, K., . . . Elswick, R. (2002). The Richmond Agitation–Sedation Scale Validity and Reliability in Adult Intensive Care Unit Patients. *Am J Respir Crit Care Med*, 166, 1338 - 1344. doi:10.1164/rccm.2107138

- Silva, A. (2015). *Sala de Emergência - Abordagem do Doente Crítico*. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Silva, D., Barbosa, T., Bastos, A., & Beccaria, L. (2017). Associação entre intensidades de dor e sedação em pacientes de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 240 - 246. doi:10.1590/1982-0194201700037
- Silva, P., Santos, A., Rodrigues, B., Novi, B., Ramos, D., Rocha, P., . . . Pereira, L. (2017). Aspectos epidemiológicos, clínicos e assistenciais da monitorização hemodinâmica invasiva: uma revisão bibliográfica. *Journal of Management & Primary Health Care*, 1 - 30. doi:https://doi.org/10.14295/jmphc.v10i0.334
- Silva, R., Lima, G., Laranjeira, A., Costa, A., Pereira, E., & Rodrigues, R. (2004). Risk factors, morbidity, and mortality associated with atrial fibrillation in the postoperative period of cardiac surgery. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. doi:https://doi.org/10.1590/S0066-782X2004001400002
- Silvestre, M. (2012). *Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?* Coimbra.
- Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. (2020). Definição de dor revisada após quatro décadas. *Brazilian Journal of Pain*, 3(3), 197 - 198. doi:10.5935/2595-0118.20200191
- Souza, T., Azzolin, K., & Fernandes, V. (15 de Janeiro de 2018). Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 1-8. doi:https://www.scielo.br/j/rgenf/a/z9pJQ9bMpbM3Ly8S8gGY6bt/?lang=pt
- Teixeira, L. (2010). *Porque é que os doentes se deslocam ao Serviço de Urgência? - Estudo sobre as atitudes que os doentes tomam antes de se deslocarem ao Serviço de Urgência*.
- van Seben, R., Geerlings, S., Maaskant, J., & Buurman, B. (2019). Safe handovers for every patient: an interrupted time series analysis to test the effect of a structured discharge bundle in Dutch hospitals. *BMJ Open*, 1-9. doi:https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e023446

Vanaclocha, N., Chisbert, V., Quilis, V., Bilotta, F., & Badenes, R. (2019). Sedation During Neurocritical Care. *Journal of Neuroanaesthesiology and Critical Care*, 6(2), 56-61. doi:<https://doi.org/10.1055/s-0039-1688897>

11. Apêndices

Apêndice I – Projeto de Intervenção em Serviço - UCICT



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

(Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA - VIGILÂNCIA E
DECISÃO CLÍNICA**

Projeto de Intervenção em Serviço

Estudante: André Magalhães de Almeida

Sob orientação de: Prof.^a Doutora Irene Oliveira

Tutoria: Mestre [REDACTED]

Porto, maio de 2021

Este projeto surge na sequência do estágio previsto na disciplina “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, e realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica de um hospital central no norte do país. Durante as Orientações Tutoriais, foi-me proposta a identificação de uma área de melhoria e, se possível, a realização de uma atividade no serviço que permitisse apresentar uma proposta de melhoria em serviço.

Na sequência da proposta de melhoria e em concordância com a enfermeira tutora, surgiu a ideia de intervir sob a comunicação com a família, tendo em conta o contexto pandémico que decorre, aceitando a realidade de que a maioria das entidades hospitalares só agora permite, muito lentamente, o retorno da visita presencial e no caso desta unidade em concreto, por curtos períodos e em número limitado por semana.

Segundo o publicado em Diário da República, na Lei número 15 de 21 de março de 2014, artigo 20º, alínea 1, o acompanhamento do doente em situação de dependência ou portador de deficiência, é um direito que deverá ser garantido ao utilizador do Sistema Nacional de Saúde, desde que sejam cumpridas as condições necessárias para garantir a segurança no acompanhamento, como descrito no artigo 21º da Lei 15/2014.

Neste último ano, vivemos tempos muito conturbados face à situação pandémica provocada pelo vírus SARS-COV 2, existindo mais que uma necessidade, mas uma obrigação de contornar as normas em prol da saúde pública, levando assim a que o direito ao acompanhamento e à visita que até à altura se impunha, fosse vedado. O corte físico imposto pela abolição temporária das visitas resultou numa dificuldade acrescida na manutenção das relações interpessoais, mudando o seu cariz pessoal para um cariz remoto e sem a presença física, induzindo na pessoa internada a sensação de isolamento e aumentando a ansiedade, depressão e complicações com o luto no seio familiar (Feder, et al., 2021).

A inclusão da família nos cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos é uma forma de humanizar e qualificar os cuidados à pessoa em situação crítica, podendo ter influências a médio / longo prazo, tais como a redução do *delirium* (Souza, Azzolin, & Fernandes, 2018). A defesa dos

interesses da pessoa em situação crítica, o fator visual na interpretação da situação clínica por parte da família e o estabelecer de uma relação benéfica de proximidade entre os familiares e a equipa multidisciplinar são aspetos que também foram dificultados pela ausência de vistas e que se demonstram de grande importância no cuidado à pessoa em situação crítica (Creutzfeldt, et al., 2021).

Para dar resposta à falta de comunicação entre familiares e doente em situação crítica e / ou profissionais de saúde, imposta pela pandemia de COVID-19, diminuindo o isolamento e beneficiando uma relação de proximidade, surgiram nas novas tecnologias opções que permite um contacto rápido com meios acessíveis de forma remota: a utilização da tecnologia remota com acesso a vídeo. Para além de facilitar o acesso visual entre familiares e a pessoa em situação crítica, a utilização de tecnologia remota com acesso a vídeo permite a troca de informações entre profissionais, ajudando a estabelecer uma relação de confiança, facilitando ao profissional de saúde a troca de informações do plano de cuidados sem a necessidade de uma presença física (Feder, et al., 2021).

Segundo a Orientação da Direção Geral de Saúde, a reorganização dos serviços com vista à manutenção do direito ao acompanhamento de utentes no Serviço Nacional de Saúde, deverá ser uma preocupação, devendo ser mantida a comunicação entre os utentes que se encontrem internados e os seus familiares com recurso a meios telemáticos, garantindo o respeito pela humanização dos valores da prestação de cuidados de saúde. Deverão ainda ser salvaguardadas no Serviço Nacional de Saúde, situações excecionais em que se deverá permitir a vista presencial, mediante o cumprimento de normas e regras, quer pela entidade hospitalar, quer pela visita (Direção Geral de Saúde, 2020).

Tendo em conta as vantagens da tecnologia remota com acesso a vídeo e os já comprovados benefícios da manutenção do doente internado com o seu seio familiar, proponho à Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica onde realizo estágio, a implementação de um plano de realização de videochamada agendada com um familiar do utente internado no serviço previamente designado na admissão do utente.

O plano que proponho está assente na premissa de que a cada utente são permitidas duas visitas semanais com 15 minutos de duração em horário pré-estipulado para a cama a que o utente é admitido e seria realizado em dia que não comportasse a visita presencial. A chamada teria uma duração de aproximadamente 15 minutos e seria realizada pelo enfermeiro responsável pelo utente no turno (conforme disponibilidade) ou pelo próprio doente (se cognitiva e fisicamente capaz) e dentro de um horário mais alargado pré-estabelecido para a realização da chamada. A chamada seria realizada do telemóvel do serviço para um contacto previamente designado aquando a admissão do utente e utilizando uma aplicação que comporte a utilização de vídeo.

Além da videochamada agendada, proponho ainda a realização de uma videochamada nas primeiras oito horas pós-operatórias (a que chamo de “chamada de admissão”), após a admissão do utente à unidade. Esta chamada tem como finalidade tranquilizar os familiares, informar acerca do estado geral do doente e permitir uma visualização do utente por parte da família.

Na tabela 1 vou exemplificar os *timings* de chamada propostos para o Sr. X, sujeito a uma cirurgia cardiotorácica que deu entrada na unidade Y pelas 10h30 para cumprir o pós-operatório imediato, enquadrando a proposta nas dinâmicas já estabelecidas no serviço.

Sr X, cama Y

DATA / HORA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO	21/06/2021 às 10h30
HORÁRIO DE VISITA PRESENCIAL	Terças e sextas-feiras das 13h00 às 13h15
CHAMADA DE ADMISSÃO	21/06/2021 às 16h00
HORÁRIO DE VIDEOCHAMADA	Quinta-feira entre as 21h00 e as 22h00 Domingo entre as 15h00 e as 16h00

Tabela 1 - Proposta de enquadramento das videochamadas nas dinâmicas já existentes (exemplo)

Na tabela 2, proponho um esquema que comporta uma proposta com a distribuição dos horários das visitas presenciais distribuídas por camas com o acréscimo do horário proposto para videochamada com o familiar designado.

Cama	Visita Presencial	Videochamada
1	Segunda e quinta-feira das 12h30 às 12h45	Terça-feira entre as 21h00 e as 22h00 Sábado entre as 15h00 e as 16h00
2	Terça e sexta-feira das 12h30 às 12h45	Quinta-feira entre as 21h00 e as 22h00 Domingo entre as 15h00 e as 16h00
3	Segunda e quinta-feira das 17h30 às 17h45	Terça-feira entre as 21h00 e as 22h00 Sábado entre as 15h00 e as 16h00
4	Terça e sexta-feira das 17h30 às 17h45	Quinta-feira entre as 21h00 e as 22h00 Domingo entre as 15h00 e as 16h00
5	Segunda e quinta-feira das 15h30 às 15h45	Terça-feira entre as 21h00 e as 22h00 Sábado entre as 15h00 e as 16h00
6	Terça e sexta-feira das 15h30 às 15h45	Quinta-feira entre as 21h00 e as 22h00 Domingo entre as 15h00 e as 16h00
7	Segunda e quinta-feira das 17h30 às 17h45	Terça-feira entre as 21h00 e as 22h00 Sábado entre as 15h00 e as 16h00
8	Quarta-feira e sábado das 12h30 às 12h45	Segunda-feira entre as 21h00 e as 22h00

		Sexta-feira entre as 21h00 e as 22h00
9	Quarta-feira e sábado das 15h30 às 15h45	Segunda-feira entre as 21h00 e as 22h00 Sexta-feira entre as 21h00 e as 22h00
10	Quarta-feira e sábado das 17h30 às 17h45	Segunda-feira entre as 21h00 e as 22h00 Sexta-feira entre as 21h00 e as 22h00

Tabela 2 - Distribuição de visitas e videochamadas por cama de internamento

Referências Bibliográficas

- Creutzfeldt, C., Schutz, R., Zahuranec, D., Lutz, B., Curtis, J., & Engelberg, R. (2021). Family Presence for Patients with Severe Acute Brain Injury and the Influence of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Palliative Medicine*, 24, pp. 743-746. doi:10.1089/jpm.2020.0520
- Direção Geral de Saúde. (17 de Dezembro de 2020). Orientação 038/2020 - COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares. pp. 1-5.
- Feder, S., Smith, D., Griffin, H., Shreve, S., Kinder, D., Kutney-Lee, A., & Ersek, M. (Março de 2021). "Why Couldn't I Go in To See Him?" Bereaved Families'. *JAGS*, pp. 587-592. doi:10.1111/jgs.16993
- Souza, T., Azzolin, K., & Fernandes, V. (15 de Janeiro de 2018). Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 1-8. doi: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/z9pJQ9bMpbM3Ly8S8gGY6bt/?lang=pt>

Apêndice II – Projeto de intervenção em serviço - SU



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

(Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

UC -Estágio Final e Relatório

Projeto de Intervenção em Serviço

Estudante: André Magalhães de Almeida

Sob orientação de: Prof.^a Doutora Irene Oliveira

Tutoria: Mestre [REDACTED]

Porto, outubro de 2021

Índice

1. Introdução.....	77
2. Enquadramento	79
3. Diretrizes.....	81
4. Planeamento da Sessão de Apresentação.....	87
5. Conclusão.....	89
6. Referências Bibliográficas	91

1. Introdução

Este trabalho surge no âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto, da Universidade Católica Portuguesa, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo sido solicitado no contexto da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”. Em contexto do estágio no Serviço de Urgência de um centro hospitalar no norte do país, foi-me proposta a identificação de uma área de melhoria e, se possível, a realização de uma atividade no serviço que permitisse apresentar uma proposta de melhoria em serviço.

Durante a realização do estágio verifiquei uma oportunidade de melhoria na transição da informação clientes que tinham alta do Serviço de Urgência, quer fossem para o domicílio, quer para outra instituição hospitalar, não sendo transmitida qualquer informação relacionada com a intervenção da equipa de enfermagem. À altura da alta, os clientes apenas se faziam acompanhar de carta de alta médica e receitas, se necessário.

A transição da informação após alta hospitalar tem tido cada vez mais importância uma vez que o envelhecimento da população e o acompanhamento das doenças crónicas levam a uma maior circulação dentro dos sistemas de saúde, podendo a transmissão da informação facilitar a segurança e qualidade da prestação de serviços de saúde. A ocorrência de eventos adversos no período conseqüente à alta acarreta maiores custos e pode ter relação direta com a taxa de readmissão indesejada, podendo ser combatida através de uma maior coordenação e acompanhamento através da transmissão da informação. (van Seben, Geerlings, Maaskant, & Buurman, 2019)

Este trabalho tem como objetivos, a sensibilização da equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência de um centro hospitalar no norte do país a realizar nota de alta de Enfermagem em clientes com internamento no Serviço de Urgência que tenham alta para o exterior ou sejam transferidos para outra instituição hospitalar, abordar a importância da realização da nota de alta de Enfermagem na continuidade de cuidados e demonstrar de que forma se pode

realizar uma nota de alta de enfermagem utilizando a aplicação informática em utilização pelo Serviço de Urgência do de um centro hospitalar no norte do país.

Ao longo do trabalho irei apresentar uma breve introdução teórica realçando a importância da carta de alta de enfermagem, seguido da explicação de como elaborar a carta de alta no aplicativo utilizado no Serviço de Urgência de um centro hospitalar no norte do país, passando por um plano de sessão com vista à realização de uma apresentação do tema à equipa de Enfermagem e terminando numa breve conclusão.

2. Enquadramento

A transição de cuidados e transmissão de informação tem tido cada vez mais incidência nos dias de hoje, uma vez que é uma área considerada de risco para a segurança do cliente. A variedade de serviços de saúde oferecidos e a frequência que pessoas mais frágeis, como os idosos ou clientes com problemas de saúde mais complexos, os usam torna crucial a partilha de informação de forma a garantir a coordenação e continuidade de cuidados à medida que os doentes vão passando pelos diferentes setores. (laugaland, aase, & barach, 2012).

O Plano Nacional para a Proteção de Doentes (2021-2026) defende ainda que deverá haver uma comunicação efetiva ao longo de todo o ciclo de cuidados, sendo de extrema importância a transcrição de cuidados com a respetiva troca de informações entre os profissionais das diferentes áreas de intervenção, passando assim o testemunho na transmissão das responsabilidades associadas ao cuidado do cliente (Diário da República, 2021).

A transição de cuidados, como fator crítico para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, deve ser alvo de atenção dos profissionais de saúde, obedecendo a regras de comunicação, garantindo uma transferência de informação eficaz de forma a assegurar a segurança do doente e diminuir a possibilidade de efeitos adversos. (Direção Geral da Saúde, 2017)

Para que haja uma correta transmissão de informação, a partilha entre profissionais de saúde e o cliente deverá ser o mais transparente possível e dar resposta às necessidades do cliente, garantindo a disponibilidade de informação e a segurança, quer dos clientes, quer dos próprios profissionais. (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019)

A uniformização da linguagem e da comunicação beneficia todos os intervenientes, tendo por isso, a Direção Geral da Saúde adotado a técnica de comunicação ISBAR. (Direção Geral da Saúde, 2017)

A técnica ISBAR é uma ferramenta que permite aos profissionais de saúde a padronização e uniformização da comunicação através da sistematização de informação. O acrónimo ISBAR, funciona como mnemónica que permite a organização da informação a ser transmitida: “I” – *Identify* (Identificação) –

Identificação do local, do cliente e profissionais envolvidos na comunicação; “S” – *Situation* (Situação) – descreve o motivo que levou o cliente a procurar os cuidados de saúde naquele momento; “B” – *Background* (Antecedentes) – Descrição dos antecedentes pessoais, bem como outras informações relevantes; “R” – *Recommendation* (Recomendações) – indicação das atitudes relevantes para o cliente, bem como o plano terapêutico.

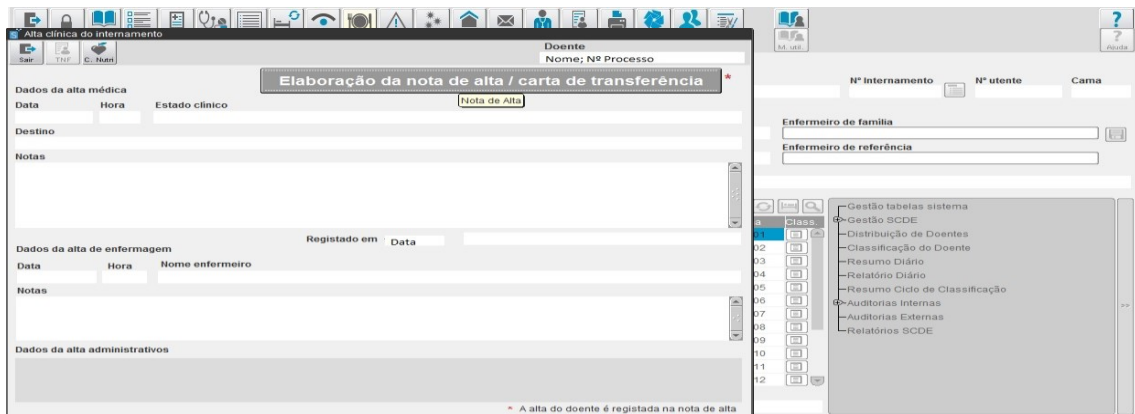
3. Diretrizes

A realização da carta de alta de Enfermagem pode ser um processo moroso e que obriga a algum exercício por parte do Enfermeiro, no entanto o aplicativo “SClinic”, que é utilizado no centro hospitalar onde foi realizado o estágio que tem uma funcionalidade que permite simplificar esta tarefa.

De acordo com a dinâmica do serviço e em concordância com o Enfermeiro Chefe, a elaboração da carta de Enfermagem vai ser direcionada aos doentes com internamento no Serviço de Urgência ou cujo benefício seja julgado pelo profissional responsável pelo cliente.

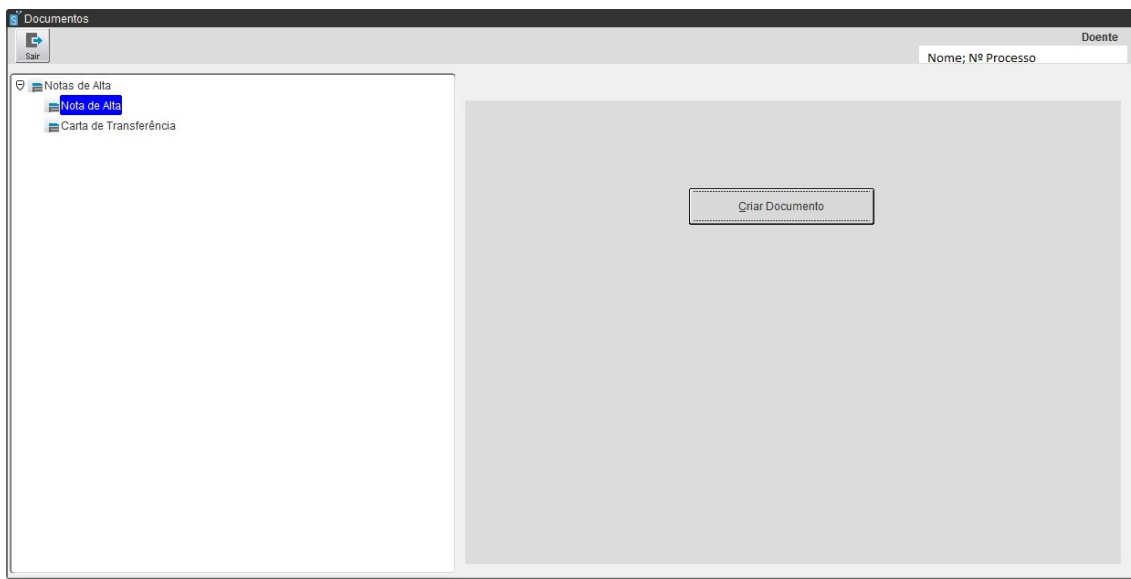
De seguida, irei desenvolver os passos para a realização da carta de alta utilizando o aplicativo “SClinic”:

- Iniciar sessão utilizando as credenciais do utilizador e aceder ao módulo de internamento.
- No menu superior, carregar no botão “Alta”;

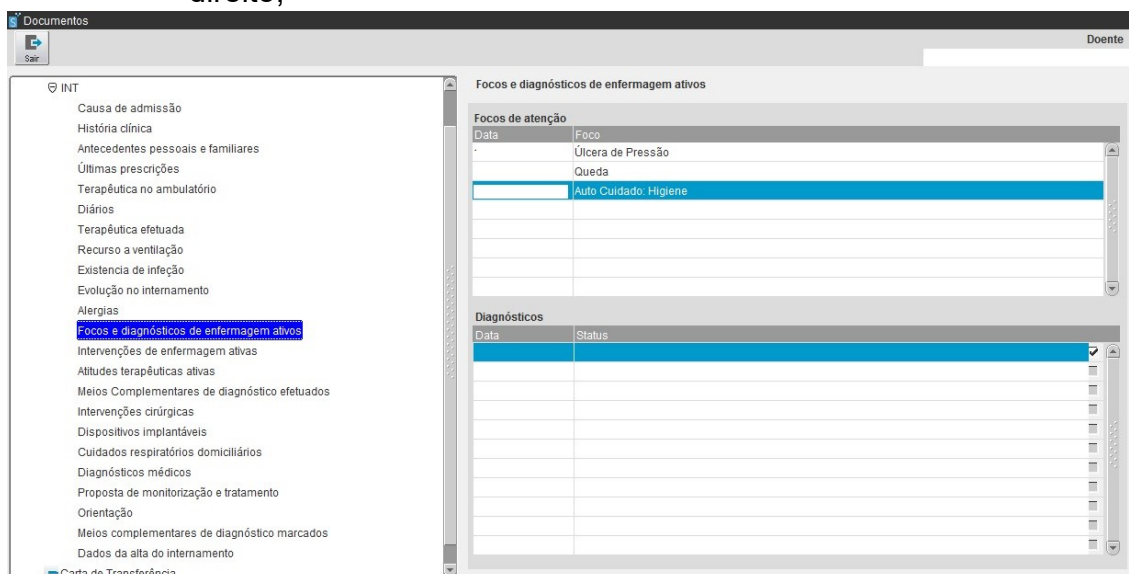


- De seguida, carregar no botão “Elaboração da nota de Alta / Carta de Transferência”;

- Selecionar a opção “Carta de Alta” no separador do lado esquerdo e carregar em “Criar Documento”;



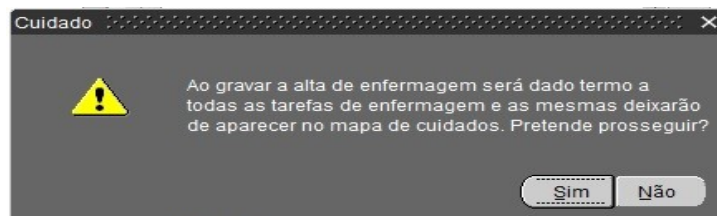
- Selecionar no separador à esquerda a opção “Focos e diagnósticos de enfermagem ativos” e selecionar os “Focos de Atenção”, um a um no quadro superior direito, sendo que cada vez que se selecionar um foco de atenção, tem de se selecionar a atividade diagnóstica, adequada ao estado do cliente, no quadro inferior direito;



- De seguida proceder da mesma forma com as “Atitudes terapêuticas ativas”, selecionando as que se adequam ao estado do cliente;

- Dentro do separador “Dados da alta do internamento” deverá ser preenchida a data e hora da alta do cliente, deixando espaço para texto livre, onde deverão ser introduzidos todos os dados referentes ao internamento do cliente, que irão complementar a informação já disponibilizada.
- Segundo a norma técnica para disponibilização de notas de alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico elaborada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde onde estão explicitadas as competências médicas e de Enfermagem, tendo sido selecionadas apenas as referentes às competências da Enfermagem:
 - “Destino (óbito; outro hospital, serviço hospitalar, domicílio, estabelecimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), abandono, saída contra parecer médico ou outro);”
 - “Causa de internamento (no momento da admissão hospitalar);”
 - “Breve descrição do episódio de internamento, bem como quaisquer outros dados de seguimento necessários;”
 - “Indicação do plano de continuidade de cuidados pós alta, com menção da terapêutica médica para ambulatório por DCI, e com menção de posologia;”
 - “Indicação do recurso a ventilação mecânica e a quaisquer técnicas invasivas realizadas no decurso do internamento hospitalar;”

- *“Menção da existência ou não de infeção nosocomial e seu agente etiológico quando conhecido;”*
 - *“Registo de Alergias conhecidas ou da sua ausência, de acordo com a norma da DGS;”*
 - *“Menção da existência de um ou mais dispositivo implantável no cidadão com referência ao código do INFARMED, I.P., quando ele exista, independentemente do mesmo ter sido colocado nesse episódio de internamento ou em episódio prévio;”*
 - *“Menção da prescrição em internamento de produtos de apoio (ou ajudas técnicas) de acordo com lista homologada pelo Instituto Nacional de Reabilitação (INR) publicada em Diário da República e com menção do código ISO correspondente constante do anexo dessa publicação;”*
 - *“Indicação da gravidade e risco à admissão e transferência de e para Unidades de Cuidados Intensivos.”* (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019, pp. 9-10)
- De forma a homogeneizar e uniformizar a informação transmitida, deverão ser obedecidas as regras da interoperabilidade semântica e técnica, permitindo o melhor entendimento entre as partes comunicantes; (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019)
- Uma vez terminado o preenchimento do campo de escrita livre, deverá ser selecionado o botão “Guardar”. Quando o botão guardar for selecionado, todas as intervenções associadas ao plano de

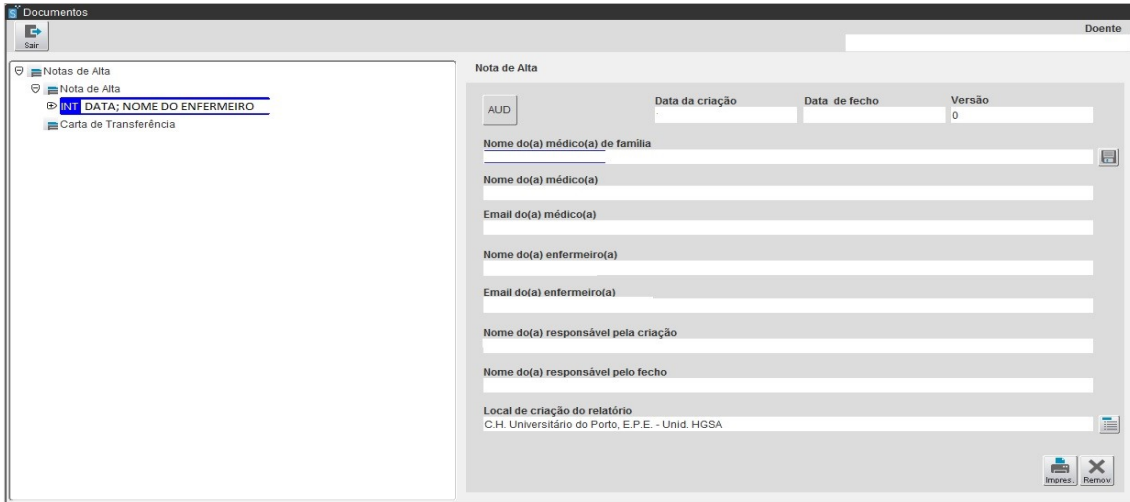


trabalho do cliente, aparecendo uma janela *pop-up* para confirmação da ação;

- Depois de guardar as alterações, irá aparecer automaticamente no separador do lado esquerdo um registo de nota de alta associada

à data da sua realização e ao nome do responsável pela sua realização;

- Do lado direito aparece um resumo de dados da alta e no canto inferior direito surge a opção “Imprimir”;



- Uma vez impressa, a nota de alta deverá ser devidamente assinada pelo responsável pela sua realização e colocada dentro de um envelope com a identificação do cliente e, se necessário, a quem é direcionada.

Focos e diagnósticos de enfermagem ativos

Foco: [Alimentar-se]
- Independente No Alimentar-Se

Foco: [Orientação]
- Desorientação

Foco: [Pele]
- Pele Seca

Intervenções de enfermagem ativas

Vigiar Refeição [Às: 09:00; Às: 12:00; Às: 16:00; Às: 19:00; Às: 22:00]
] Avaliar O Alimentar-Se [S O S]
Gerir Medidas De Segurança [Sem Horário]
] Monitorizar Glicemia Capilar [Às: 09:00; Às: 19:00; Às: 22:00]
] Avaliar Orientação [Sem Horário]
] Monitorizar Sinais Vitais [Às: 07:00; Às: 15:00]

Atitudes terapêuticas ativas

- Monitorização Da Consciência Através Da Escala De Coma De Glasgow
- Monitorização De Sinais Vitais
- Transusão De Concentrado Eritrocitário
- Monitorização Da Glicémia Capilar

Dados da alta do internamento

Notas de enfermagem :
Cliente vigil, desorientado quanto ao tempo e espaço mas orientado quanto à pessoa.
Recorre ao SU por (...)
Aliviado para controlo de diurese.
Realizados ensinios relativos ao controlo da glicemia capilar que não tem capacidade. Reforço de ensinios junto dos familiares.
À data da alta apresenta melhoria significativa da sintomatologia.

Médico(a) de família: _____
PORTO,

IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO COM
CORREIO ELETRONICO DA INSTITUIÇÃO

O(A) Enfermeiro(a) _____

4. Planeamento da Sessão de Apresentação

Formação: Realização de Nota de Alta de Enfermagem pela Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar do norte do país.

Data / Hora: 26/10/2021 às 09h00

Duração: 15 minutos

Recursos: Computador e outros meios audiovisuais

Público-Alvo: Enfermeiros do Serviço de um Centro Hospitalar do norte do país.

Objetivos:

- Sensibilizar a equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar do norte do país a realizar nota de alta de Enfermagem em clientes com internamento no Serviço de Urgência que tenham alta para o exterior ou sejam transferidos para outra instituição hospitalar;
- Abordar a importância da realização da nota de alta de Enfermagem na continuidade de cuidados;
- Explicar de que forma se pode realizar uma nota de alta de enfermagem utilizando a aplicação informática em utilização pelo Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar do norte do país.

Plano de Sessão:

- Introdução (2 minutos)
 - Apresentação do formador;
 - Apresentação do tema;
 - Apresentação dos objetivos.
- Desenvolvimento (8 minutos)
 - Explicação da motivação à abordagem do tema;
 - Abordagem do tema.
- Conclusão (5 minutos)
 - Síntese;
 - Espaço para esclarecimento de dúvidas;
 - Encerramento.

5. Conclusão

A falta de comunicação entre profissionais ou mesmo a falta de um guia orientador para o cliente ou familiares são um dos principais entraves para melhorar o processo da alta. Bons processos de comunicação facilitam intervenções direcionadas dos profissionais de saúde, reduzindo efeitos adversos como a readmissão, aumento da utilização dos cuidados de saúde, aumento dos custos e ainda aumenta o grau de satisfação do cliente e / ou família. (laugaland, aase, & barach, 2012)

A carta de alta de Enfermagem é um fator facilitador da comunicação entre profissionais e cliente, beneficiando a continuidade de cuidados através de uma comunicação clara e transparente das necessidades do cliente.

A realização de uma carta de alta de Enfermagem diferenciada por parte da equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar do norte do país vai permitir, além do cumprimento dos objetivos do serviço, a prestação de melhores cuidados de Enfermagem em contigualmente com as restantes instituições de saúde, aumentando o grau de satisfação dos clientes que recorrem ao Serviço de Urgência.

6. Referências Bibliográficas

- Diário da República. (2021). Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República, 2ª série n.º 187(187)*, 96-103.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde . 1-8.
- laugaland, K., aase, K., & barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work*, 41, 2915-2924. doi:10.3233/WOR-2012-0544-2915
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). Norma técnica para disponibilização de notas de alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico. 1-20.
- van Seben, R., Geerlings, S., Maaskant, J., & Buurman, B. (2019). Safe handovers for every patient: an interrupted time series analysis to test the effect of a structured discharge bundle in Dutch hospitals. *BMJ Open*, 1-9. doi:<https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e023446>

**Apêndice III - Projeto de intervenção em serviço - SU
(Apresentação em PowerPoint)**

Nota de Alta de Enfermagem



André Almeida

Mestrado em Enfermagem Com Especialização
em Enfermagem Médico-cirúrgica (Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)



27/01/2022

Cartas de Alta no SU??



Plano Nacional para a Proteção de Doentes (2021-2026)

- comunicação efetiva ao longo de todo o ciclo de cuidados
- transição de cuidados e / ou transmissão de responsabilidades / informação entre os profissionais

Transmissão de dados:

- **Clara e transparente!**
- Área de risco para a segurança do cliente;
- Rotação dos clientes pelos serviços de saúde;
- Dar resposta às necessidades do cliente;
- Diminui a possibilidade de eventos adversos;
- Proteção dos clientes e dos profissionais.




COMO FAZER??

- A DGS aconselha:

ISBAR



	I NTRODUCTION	<ul style="list-style-type: none"> State your name, designation, ward/unit State the patient's name, age, sex and/or Admitting Doctor
	S ITUATION	<ul style="list-style-type: none"> "I am calling about" - state the reason for the call or referral Explain what happened to trigger this conversation High stakes – medical emergency – time dependent Articulate your concern
	B ACKGROUND	<ul style="list-style-type: none"> State age sex and reason for admission History of current problem State any relevant medical, surgical or social background A brief synopsis of treatment to date
	A SSESSMENT	<ul style="list-style-type: none"> State the patient's current vital signs and observations, outline what is recorded on the chart Explain what you think the problem is or what possibilities you are considering State what you have done for the patient so far
	R ECOMMENDATION / RESPONSE	<ul style="list-style-type: none"> SO WHAT? Or WHERE TO FROM HERE This can include your recommendation, or you can refer to seeking the other persons recommendation. State what you are looking for from the other person "I need you to review the patient" (PROVIDE A TIME FRAME) or "I need a management plan for this patient" READ BACK OR REPEAT WHAT WAS SAID TO CONFIRM WHAT YOU HEARD

E NO SU??

COMO FAÇO??

Alta clínica do internamento

Doente
Nome; Nº Processo

Elaboração da nota de alta / carta de transferência

Dados da alta médica

Data Hora Estado clínico

Destino

Notas

Dados da alta de enfermagem

Registado em Data

Data Hora Nome enfermeiro

Notas

Dados da alta administrativos

* A alta do doente é registada na nota de alta

Nº Internamento Nº utente Cama

Enfermeiro de família

Enfermeiro de referência

Gestão tabelas sistema

- Gestão SCDE
- Distribuição de Doentes
- Classificação do Doente
- Resumo Diário
- Relatório Diário
- Resumo Ciclo de Classificação
- Auditorias Internas
- Auditorias Externas
- Relatórios SCDE

Doente
Nome; Nº Processo

Notas de Alta

- Nota de Alta
- Carta de Transferência

Documentos

Sair

Doente

INT

- Causa de admissão
- História clínica
- Antecedentes pessoais e familiares
- Últimas prescrições
- Terapêutica no ambulatório
- Diários
- Terapêutica efetuada
- Recurso a ventilação
- Existência de infeção
- Evolução no internamento
- Alergias
- Focos e diagnósticos de enfermagem ativos
- Intervenções de enfermagem ativas**
- Atitudes terapêuticas ativas
- Meios Complementares de diagnóstico efetuados
- Intervenções cirúrgicas
- Dispositivos implantáveis
- Cuidados respiratórios domiciliários
- Diagnósticos médicos
- Proposta de monitorização e tratamento
- Orientação
- Meios complementares de diagnóstico marcados
- Dados da alta do internamento

Intervenções de enfermagem ativas

Data inicio	Intervenção	Ultima realização
	Monitorizar consciência através de escala de Comas de Glasgow	<input checked="" type="checkbox"/>
	Monitorizar sinais vitais	<input type="checkbox"/>
	Vigiar eliminação intestinal	<input checked="" type="checkbox"/>
	Monitorizar eliminação intestinal	<input type="checkbox"/>
	Vigiar eliminação urinária	<input checked="" type="checkbox"/>
	Avaliar risco de úlcera de pressão	<input type="checkbox"/>
	Avaliar risco de queda	<input checked="" type="checkbox"/>
	Avaliar auto cuidado: higiene	<input type="checkbox"/>

Horário

Às: 09:00; Às: 15:00; Às: 22:00

Especificação

Documentos

Sair

Doente

INT

- Causa de admissão
- História clínica
- Antecedentes pessoais e familiares
- Últimas prescrições
- Terapêutica no ambulatório
- Diários
- Terapêutica efetuada
- Recurso a ventilação
- Existência de infeção
- Evolução no internamento
- Alergias
- Focos e diagnósticos de enfermagem ativos
- Intervenções de enfermagem ativas
- Atitudes terapêuticas ativas
- Meios Complementares de diagnóstico efetuados
- Intervenções cirúrgicas
- Dispositivos implantáveis
- Cuidados respiratórios domiciliários
- Diagnósticos médicos
- Proposta de monitorização e tratamento
- Orientação
- Meios complementares de diagnóstico marcados
- Dados da alta do internamento**

Dados da Alta do Internamento

Alta Médica

Data da alta Hora Estado clínico

Destino Especialidade

Distritos Unidade

Notas

Alta de Enfermagem

Data Hora

Notas

Carta de Transferência

- o *Destino (óbito; outro hospital, serviço hospitalar, domicílio, estabelecimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), abandono, saída contra parecer médico ou outro);*
- o *“Causa de internamento (no momento da admissão hospitalar);”*
- o *“Breve descrição do episódio de internamento, bem como quaisquer outros dados de seguimento necessários;”*
- o *“Indicação do plano de continuidade de cuidados pós alta (...);” (p.e. Cuidados de Penso)*
- o *“Indicação do recurso (..) a quaisquer técnicas invasivas realizadas no decurso do internamento hospitalar;” (p.e. Cuidados ao Cateter Vesical)*

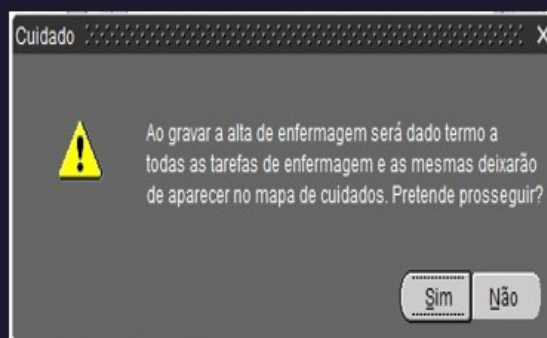
- o *“Menção da existência ou não de infecção nosocomial e seu agente etiológico quando conhecido;”*
- o *“Registo de Alergias conhecidas ou da sua ausência, de acordo com a norma da DGS;”*
- o *“Menção da existência de um ou mais dispositivo implantável no cidadão (...);”*
- o *“Menção da prescrição em internamento de produtos de apoio (ou ajudas técnicas) (...);”*
- o *“Indicação da gravidade e risco à admissão e transferência de e para Unidades de Cuidados Intensivos.”*

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019, pp. 9-10

Interoperabilidade:

Semântica

Técnica



Documentos

Doente

Notas de Alta

Nota de Alta

DATA; NOME DO ENFERMEIRO

Carta de Transferência

Nota de Alta

AUD

Data da criação

Data de fecho

Versão

0

Nome do(a) médico(a) de família

Nome do(a) médico(a)

Email do(a) médico(a)

Nome do(a) enfermeiro(a)

Email do(a) enfermeiro(a)

Nome do(a) responsável pela criação

Nome do(a) responsável pelo fecho

Local de criação do relatório

C.H. Universitário do Porto, E.P.E. - Unid. HGSA

Imprimir

Remover

Focos e diagnósticos de enfermagem ativos

- Foco: [Alimentar-se]
- Independente No Alimentar-Se
- Foco: [Orientação]
- Desorientação
- Foco: [Pele]
- Pele Seca

Intervenções de enfermagem ativas

- Vigiar Refeição [Às: 09:00; Às: 12:00; Às: 16:00; Às: 19:00; Às: 22:00]
- [Avaliar O Alimentar-Se [S.O.S]]
- Gerir Medidas De Segurança [Sem Horário]
- [Monitorizar Glicemia Capilar [Às: 09:00; Às: 19:00; Às: 22:00]]
- [Avaliar Orientação [Sem Horário]]
- [Monitorizar Sinais Vitais [Às: 07:00; Às: 15:00]]
- DATA DE INICIO E ÚLTIMA EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO

Atitudes terapêuticas ativas

- Monitorização Da Consciência Através Da Escala De Coma De Glasgow
- Monitorização De Sinais Vitais
- Transfusão De Concentrado Eritrocitário
- Monitorização Da Glicémia Capilar

Dados da alta do internamento

Notas de enfermagem :

Cliente vigil, desorientado quanto ao tempo e espaço mas orientado quanto à pessoa.

Recorre ao SU por (...)

Algalado para controlo de diurese.

Realizados ensinios relativos ao controlo da glicemia capilar que não tem capacidade. Reforço de ensinios junto dos familiares.

À data da ata apresenta melhoria significativa da sintomatologia.

Médico(a) de família:

PORTO,

IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO COM
CORREIO ELETRONICO DA INSTITUIÇÃO

O(A) Enfermeiro(a)

Em suma...

- A falta de comunicação entre profissionais ou mesmo a falta de um guia orientador para o cliente ou familiares são um dos principais entraves para melhorar o processo da alta;
- Bons processos de comunicação facilitam intervenções direcionadas dos profissionais de saúde, reduzindo efeitos adversos como a readmissão, aumento da utilização dos cuidados de saúde, aumento dos custos e ainda aumenta o grau de satisfação do cliente e / ou família;
- A carta de alta de Enfermagem é um fator facilitador da comunicação entre profissionais e cliente, beneficiando a continuidade de cuidados através de uma comunicação clara e transparente das necessidades do cliente.

Referências Bibliográficas

- Diário da República. (24 de setembro de 2021). Despacho n.º 9390/2021. *Diário da República*, 2.ª série N.º 187, 96-103.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 001/2017. 1-8.
- [laugaland, K., aase, K., & barach, P. \(2012\). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work*, 41, 2915-2924. doi:10.3233/WOR-2012-0544-2915](#)
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). Norma técnica para disponibilização de notas de alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico. 1-20.
- [van Seben, R., Geerlings, S., Maaskant, J., & Buurman, B. \(2019\). Safe handovers for every patient: an interrupted time series analysis to test the effect of a structured discharge bundle in Dutch hospitals. *BMJ Open*, 1-9. doi:<https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e023446>](#)

Apêndice IV - Projeto de intervenção em serviço – UCIP



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

(Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Estágio Final e Relatório

Manipulação das DVE

Estudante: André Magalhães de Almeida

Sob orientação de: Prof.^a Doutora Irene Oliveira

Porto, dezembro de 2021

Lista de Siglas

DVE – Derivação Ventricular Externa

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

PIC – Pressão Intracraniana

PSC – Pessoa em Situação Crítica

Índice

1. Introdução	113
2. Derivação Ventricular Externa	115
2.1 Indicações	115
2.2 Procedimento de Enfermagem.....	116
3. Conclusão.....	119
4. Referências Bibliográficas	121

1. Introdução

Este trabalho surge no âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto, da Universidade Católica Portuguesa, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo sido solicitado no contexto da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”.

No contexto do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, foi solicitada a identificação de uma área de intervenção no serviço, de forma a deixar um contributo pessoal para a unidade que me acolheu durante o meu período de formação.

Dado o meu interesse pessoal na pessoa em situação crítica (PSC), em particular na área de intervenção junto do doente neurocrítico, e sendo esta uma das áreas com grande incidência da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, surgiu a ideia de abordar uma área de intervenção de enfermagem específica dentro desta especialidade. A área de intervenção que escolhi, foi a manipulação da derivação ventricular externa (DVE), permitindo assim relembrar os procedimentos associados à manipulação da mesma, bem como os cuidados a ter com a PSC sujeita à colocação de DVE.

A DVE é um dispositivo de extrema importância na monitorização e tratamento da PSC com patologia do foro neurológico, onde exista um aumento significativo da pressão exercida pelas estruturas cerebrais em conjunto com o sangue e com o líquido cefalorraquidiano nas estruturas ósseas da cabeça (pressão intracraniana - PIC), permitindo além da monitorização da mesma, a drenagem ou colheita de líquido cefalorraquidiano (LCR), bem como a administração de terapêutica específica (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021).

Ao longo deste trabalho irei abordar algumas indicações e contra-indicações para o uso da DVE, bem como os cuidados de enfermagem a ter na sua manutenção e manuseamento, terminando numa breve conclusão.

2. Derivação Ventricular Externa

Ao longo deste capítulo irei, num primeiro momento, explorar as indicações e contraindicações da utilização / colocação da DVE, seguindo para a elaboração de uma lista de cuidados de enfermagem a ter na sua utilização / manipulação.

2.1 Indicações

A PIC é geralmente medida em milímetros de mercúrio (mmHg) e traduz a relação de pressão entre a caixa craniana e todas as estruturas e fluidos que esta abrange. Sendo a caixa craniana uma delimitação estática do conteúdo cerebral, as variações deste último poderão levar a alterações significativas no valor da PIC, bem como as alterações ao nível de sangue e líquido (Bueno, et al., 2021).

Os valores da PIC, normalmente, deverão estar compreendidos num intervalo entre 5 a 15mmHg, sendo que o seu aumento acima dos 20mmHg é considerado patológico e poderá acarretar uma grande repercussão fisiológica para a PSC, comprometendo a sua perfusão cerebral e podendo até causar lesões mecânicas irreversíveis como é o caso da herniação cerebral (Galvan, Matzenbacher, Santo, Paczek, & Tanaka, 2021).

A variações da PIC podem ter variadas etiologias, de entre as quais se destacam o trauma cerebral, os acidentes vasculares cerebrais e as massas tumorais. A monitorização da PIC e a drenagem ventricular tem como principal objetivo evitar lesões cerebrais secundárias às já referidas, promovendo a estabilidade hemodinâmica, metabólica e respiratória (Bueno, et al., 2021).

Também em casos de meningite, hemorragia e hidrocefalia a indicação de monitorização da PIC se torna de extrema importância, detetando a hipertensão craniana e permitindo o rápido tratamento e prevenção das complicações associadas (Sakamoto V. , 2018).

Uma das formas mais comuns de monitorização e tratamento da hipertensão craniana é a colocação de uma DVE. Este procedimento consiste na inserção de um cateter no corno frontal do ventrículo lateral, conectado a um transdutor de pressão que permite a leitura da PIC e a drenagem de LCR e / ou

sangue para um sistema com bolsa coletora, permitindo assim a estabilização da PIC (Galvan, Matzenbacher, Santo, Paczek, & Tanaka, 2021).

A DVE permite ainda a colheita da drenagem para análise e a administração de terapêutica diretamente no espaço intraventricular (Sakamoto V. , 2018).

A colocação da DVE está contraindicada caso existam alterações da coagulação (patológicas ou farmacologicamente induzidas) devido ao risco de hemorragia intracerebral acrescido, caso exista algum tipo de infecção do couro cabeludo ou algum tipo de abscesso local, o que significa um risco infeccioso aumentado nestas últimas situações (Sakamoto V. , 2018).

Apesar de representar um *gold standard* na monitorização e tratamento de alterações da PIC, a DVE não é isenta de riscos. Além das contraindicações associadas à sua colocação, que já foram enumeradas, há ainda o risco acrescido de infecção (uma vez que é um dispositivo de monitorização invasivo), obstrução do dreno, excesso de drenagem (a drenagem máxima aconselhada é de 20 mililitros por hora), que pode provocar alterações a nível do ventrículo ou mesmo hemorragia, e a remoção acidental do dispositivo, o que obrigaria a uma intervenção cirúrgica (Sakamoto V. , 2018).

Também os aneurismas cerebrais, convulsões, aumento da produção de LCR, hemorragias intracranianas, hematomas e edema cerebral se apresentam como complicações da manutenção da DVE (Magalhães, et al., 2020).

2.2 Procedimento de Enfermagem

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que passa mais tempo com a PSC em contexto de cuidados intensivos, é de extrema importância a sua ação na monitorização e tratamento da mesma, incluindo a monitorização da PIC e manutenção / manuseamento da DVE, prevenindo possíveis complicações e agindo em conformidade com a situação com que se depara.

Em seguida irei enumerar alguns procedimentos diretos de enfermagem, baseados na literatura, que são de extrema importância no cuidar da PSC com DVE:

- Manter a cabeceira da cama elevada num ângulo mínimo de 15° a 30° (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);

- Alinhar a cabeça à posição cervical, mantendo-a em posição neutra e assim promovendo o retorno venoso e a diminuição da PIC (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);
- Alinhar o ponto “0” do sistema com o meato acústico externo (Foramen de Monro) (Magalhães, et al., 2020);
- Nivelar o nível de contrapressão segundo prescrição médica (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);
- Manter o sistema aberto, exceto para mobilização / posicionamento, transportes intra-hospitalares e para a realização de exames, abrindo o sistema logo de seguida (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);
- Manter o sistema fechado cerca de 1 hora após a administração de terapêutica (a administração de terapêutica e colheitas pela DVE deverão ser realizadas pela equipa médica) (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);
- Avaliar a PIC com o sistema fechado para o recetáculo (para uma leitura mais fidedigna) (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);
- Verificar regularmente o penso (a cada 6 horas), verificando a existência de extravasamento de LCR ou sinais de infeção (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);
- Realizar o penso a cada 24h (lavagem com soro fisiológico e antisepsia com clorhexidina, ocluindo com compressas esterilizadas e ligadura) ou sempre que necessário, registando as suas características (exceto se realizado com filme transparente – deverá ser realizado semanalmente ou sempre que necessário) (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);
- Manusear o mínimo possível o sistema, utilizando técnica asséptica sempre que se proceder ao manuseamento (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);
- Vigiar e registar o volume e características do líquido de drenagem a cada 6 horas, fazendo o somatório a cada 24 horas (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);

- Esvaziar a bolsa de drenagem sempre que esta atingir 2/3 ou 3/4 da sua capacidade (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);
- Estar atento a quaisquer sinais de exteriorização e obstrução da DVE, não realizando qualquer manipulação caso estes ocorram (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);
- Monitorizar o estado de consciência (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021);
- Avaliar diâmetro e reação pupilar, bem como posturas de descerebração / descorticação (Magalhães, et al., 2020);
- Monitorizar sinais vitais de 2 em 2 horas (Magalhães, et al., 2020);
- Manter uma pressão de perfusão cerebral acima de 70mmHg (Galvan, Matzenbacher, Santo, Paczek, & Tanaka, 2021);
- Mobilizar precocemente a PSC sujeita a colocação de DVE, sempre que esta tolerar, mantendo uma PIC inferior a 20mmHG e uma pressão arterial média superior a 80mmHG (Sakamoto, Vieira, Viegas, Blatt, & Caregnato, 2021).

3. Conclusão

A DVE apresenta-se como um dispositivo de eleição no que concerne à monitorização da PIC e tratamento do aumento da mesma, no entanto, não é um dispositivo isento de riscos, devendo ser usado com extrema consciência e cautela, tendo sempre presente a melhor solução para a PSC.

A intervenção da equipa de enfermagem é de extrema importância na monitorização e tratamento da PSC sujeita a colocação de DVE, tendo um impacto significativo na deteção precoce de complicações, melhorando assim o *outcome*. Boas práticas de enfermagem com cuidados seguros e padronizados podem diminuir o tempo de internamento e evitar complicações ou até mesmo o número de óbitos associados à DVE (Sakamoto V. , 2018).

A formulação de guias orientadores baseados na evidência, ajudam na tomada de decisão do enfermeiro, garantindo a segurança da PSC sujeita a colocação de DVE, direcionando para as melhores práticas disponíveis (Sakamoto V. , 2018).

A elaboração deste trabalho, além de constituir um contributo para a unidade de cuidados intensivos polivalente onde realizei o estágio, permitiu-me desenvolver conhecimentos aprofundados e diferenciados acerca da manipulação da DVE, permitindo-me crescer enquanto enfermeiro e futuro enfermeiro especialista.

4. Referências Bibliográficas

- Bueno, B., Drewnowski, B., Miléo, E., Cosmoski, L., Koch, M., Novak, R., & Velloso, J. (2021). Uma revisão breve sobre pressão intracraniana: um parâmetro clínico a ser considerado. *Brazilian Journal of Development*, 7(5), 50974-50988. doi:10.34117/bjdv7n5-478
- Galvan, C., Matzenbacher, L., Santo, D., Paczek, R., & Tanaka, A. (2021). Enfermagem no Cuidados ao Paciente Neurocirúrgico em uso de Derivação Ventricular Externa: relato de experiência. *Research, Society and Development*, 10(10), 1-6. doi:http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18715
- Magalhães, J., Maciel, C., Silva, C., Melo, J., Dias, K., Silva, K., . . . Meneses, S. (2020). Cuidados de enfermagem na manipulação do cateter de DVE e PIC através do relato de um caso clínico. *Brazilian Journal of health Review*, 3(5), 15243-15252. doi:10.34119/bjhrv3n5-304
- Sakamoto, V. (2018). *Derivação Ventricular Externa: desenvolvimento de protocolo assistencial de enfermagem direcionado ao paciente adulto*. Mestrado, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre. Obtido em 15 de 12 de 2021, de <http://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/670>
- Sakamoto, V., Vieira, T., Viegas, K., Blatt, C., & Caregnato, R. (2021). Cuidados de enfermagem na assistência ao paciente com derivação ventricular externa: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), 1-11. doi:http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0796

Apêndice V – Revisão de Literatura - A importância da monitorização do Índice Bispectral (BIS) no doente neurocrítico



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

(Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Estágio Final e Relatório

A importância da monitorização do Índice Bispectral (BIS) no doente neurocrítico

Estudante: André Magalhães de Almeida

Sob orientação de: Prof.^a Doutora Irene Oliveira

Porto, janeiro de 2022

Resumo

O índice bispectral (BIS) é um algoritmo que permite medir as alterações no eletroencefalograma dos doentes sedados. É uma ferramenta que tem sido amplamente usada para avaliar a atividade cerebral em várias condições patológicas, como convulsões, traumatismos e lesões cerebrais, uma vez fornece informações úteis e importantes para a melhoria dos cuidados de doentes neurocríticos sedados. O objetivo deste trabalho é identificar de que forma a monitorização do BIS é importante para o doente neurocrítico. Para atingir os objetivos foi realizada uma revisão da literatura, com pesquisa realizada entre 14 de dezembro de 2021 e 10 de janeiro de 2022 nas bases de dados PubMed, Cochrane e B-on, com seleção de 5 artigos para análise, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos.

Todos os estudos selecionados e analisados revelam, a importância que a monitorização do índice bispectral tem no cuidado de doentes neurocríticos e não só. A importância da monitorização do índice bispectral prende-se no facto de este permitir o controlo do estado e das características sedativas de um doente, assim como reduzir o tempo de recuperação após interrupção de sedação e minimizar os efeitos adversos da sedação no doente neurocrítico.

Nos estudos incluídos, não há evidencia de uma relação direta entre a monitorização do BIS e qualquer modificação do estado de saúde do doente neurocrítico, sendo, no entanto, uma ferramenta de extrema importância no controlo da sedação e das complicações associadas à mesma, tais como o aumento do tempo de internamento, a intolerância à ventilação mecânica invasiva ou o aumento do tempo em que o doente é sujeito a ventilação mecânica invasiva.

Conclui-se assim que a monitorização de BIS é uma ferramenta coadjuvante de elevada utilidade no doente do foro neurocrítico.

Palavras-chave: Índice Bispectral, Monitorização, Doente Neurocrítico.

Abstract

The Bispectral Index (BIS) is an algorithm that allows measuring changes in patients' electroencephalogram after administration of sedative agents. It is a tool that has been widely used to assess brain activity in various pathological conditions, such as seizures, trauma and brain injuries, as it provides useful and important information for improving the care of sedated neurocritical patients. The main goal of this study is to identify how monitoring the bispectral index (BIS) is important for the neurocritical patient. To achieve the goals of this study, was made an literature review, with research carried out between december 14th 2021 and january 10th 2022, in the PubMed, Cochrane and B-on databases, with the selection of 5 articles for analysis, taking into account the defined inclusion and exclusion criteria.

All the selected and analyzed studies reveal, in their own way, the importance of bispectral index monitoring in the care of neurocritical patients and not only in these ones. The importance of monitoring the bispectral index monitoring lies in the fact that it allows the control of the state and sedative characteristics of a patient, as well as reducing the recovery time after interruption of anesthesia and minimizing the adverse effects of anesthesia in the neurocritical patient.

In the included studies, there is no direct relationship between BIS monitoring and any modification of the neurocritical patient health condition, therefore, it is an important tool in sedation control and prevention of compliations associated, as internment increase time, invasive mechanic ventilation intolerance our total time depending on invasive mechanic ventilation.

We can conclude that BIS monitoring is an important and high utility supporting in neurocritical care patient.

Keywords: Bispectral Index, Monitoring, Neurocritical Patient.

Lista de Siglas

BIS – Índice Bispectral
EEG - Eletroencefalograma

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Questão de Investigação formulada através da metodologia PICO.	141
Tabela 2 - Tabela de Evidências – Artigo 1.....	144
Tabela 3 - Tabela de Evidências – Artigo 2.....	145
Tabela 4 - Tabela de Evidências – Artigo 3.....	146
Tabela 5 - Tabela de Evidências - Artigo 4.....	147
Tabela 6 - Tabela de Evidências - Artigo 5.....	148

Índice de Figuras

Figura 1 - Diagrama prisma.....	142
---------------------------------	-----

Índice

1. Introdução	139
2. Metodologia	141
3. Resultados	142
4. Conclusão	151
5. Referências Bibliográficas	153

1. Introdução

Este trabalho surge no âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto, da Universidade Católica Portuguesa, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo sido solicitado no contexto da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”.

O cuidado de Enfermagem à Pessoa em Situação crítica é uma área de interesse pessoal desde que me tornei Enfermeiro, agora que a minha área de trabalho se encontra com a minha área de interesse, formaram-se diversas subáreas específicas que despertam o meu interesse em particular, umas dessas áreas prende-se com os doentes neurocríticos.

Dentro do meu contexto de trabalho, uma das dificuldades que mais se evidencia no tratamento de doentes neurocríticos prende-se com a titulação de sedativos, mantendo um equilíbrio ténue entre o controlo da pressão intracraniana e o excesso de sedação e os seus potenciais efeitos adversos.

Os seus potenciais benefícios e riscos, no que diz respeito à profundidade e à interrupção diária da anestesia no doente neurocrítico não é ainda completamente claro, uma vez que devido à sedação, em momentos diferentes de um tratamento ou cirurgia, podem ocorrer respostas imprevisíveis, de modo que a dosagem exata de fármaco a ser administrada continua a ser um desafio. Sabe-se que a monitorização da profundidade da sedação é muito importante durante qualquer procedimento, pois uma sedação muito profunda pode causar alterações hemodinâmicas e uma sedação muito leve acarreta riscos como sequelas psicológicas de longo prazo, ansiedade e transtorno pós-traumático (Vanaclocha et al., 2019).

Tendo em conta este problema, torna-se de extrema importância a utilização de ferramentas de monitorização neurofisiológicas, como o índice bispectral (BIS), como uma forma de avaliação quase contínua do nível de sedação do doente, uma vez que estas se mostraram muito úteis no que concerne à sedação da Pessoa em Situação Crítica (Froese et al., 2021).

As vantagens do BIS e a sua monitorização melhora realmente os tempos de recuperação e de altas hospitalares, assim como minimiza os efeitos adversos da sedação no doente neurocrítico.

O BIS é um parâmetro multifatorial proposto em 1994 pela Aspect Medical Systems, que permite a monitorização da sedação, através da medição das alterações no eletroencefalograma (EEG) após a administração de agentes anestésicos. O algoritmo do BIS processa o EEG em tempo quase real e combina as características específicas de um espectrograma, de bispectro, e o nível de supressão no domínio do tempo para a obtenção do valor do índice bispectral (Brown et al., 2020).

Este valor pode variar entre 0 e 100 e indica o valor de sedação do doente, sendo que o valor de 100 corresponde a um estado de completamente acordado, enquanto o valor 0 corresponde a um estado profundo de coma ou inconsciência, refletido por um eletroencefalograma isoelétrico ou plano (Brown et al., 2020).

Um doente é considerado apropriadamente sedado quando o valor do BIS está entre 40 e 60. Mudanças no índice estão correlacionadas com o nível de sedação e inconsciência (Brown et al., 2020).

Inicialmente, o BIS foi desenvolvido para monitorizar a profundidade da sedação em doentes sem patologia cerebral. No entanto, as suas permitem a avaliação neurológica em doentes com outro tipo de patologias, tais como convulsões, doenças intracranianas refratárias, estado de mal epilético, traumatismo craniano, lesões cerebrais, entre outras, uma vez que estes valores refletem a atividade da estrutura cortical do cérebro (Brown et al., 2020).

Posto isto, pretende-se com este artigo, avaliar de que forma a monitorização do BIS é importante para o doente neurocrítico. Surge assim a questão de investigação “Qual a importância da monitorização do BIS num doente neurocrítico?”.

Este trabalho foi dividido em cinco partes, das quais fazem parte a introdução, a metodologia, a discussão de resultados e a conclusão.

2. Metodologia

Com o objetivo de perceber a importância do BIS na monitorização do doente neurocrítico, foi realizada uma revisão da literatura para dar resposta à questão de investigação, realizou-se uma pesquisa relativamente ao tema escolhido e extraíram-se as principais conclusões da literatura incluída.

A metodologia utilizada inicia na formulação da pergunta de partida, segundo a estratégia PICO, que inclui a População (P), Intervenção (I), Comparação (C) e Outcomes/Resultados (O), o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, a realização da frase booleana, a identificação, seleção e recolha dos estudos, bem como a análise, e discussão dos dados recolhidos.

Como ponto de partida deste artigo, formulou-se a questão orientadora, segundo a estratégia PICO, referida na Tabela 1, da qual se excluiu o “C” correspondente a “Comparação”, uma vez que não é aplicável.

P (População)	Doente Neurocrítico
I (Intervenção)	Monitorização do Índice Bispectral
O (Outcomes/Resultados)	Importância na monitorização do BIS para o doente neurocrítico

Tabela 3 - Questão de Investigação formulada através da metodologia PICO.

Deste modo, a pergunta orientadora para a realização do presente artigo de revisão foi: “Qual a importância da monitorização do BIS para os doentes neurocríticos?”.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, Cochrane e B-on através da seguinte frase booleana: (“BIS monitoring” AND “Neurocritical patients”) entre 14 de dezembro de 2021 e 10 de janeiro de 2022.

Como critérios de inclusão, foram admitidos os artigos publicados nos últimos 5 anos (entre 2016 e 2021) nas línguas portuguesa e inglesa e com texto integral disponível, como critério de exclusão excluem-se os artigos cuja leitura integral não é permitida e que não abordem o tema do doente neurocrítico.

Após pesquisa com a utilização da frase booleana, foi possível aceder a um total de 1239 trabalhos, dos quais 173, sem trabalhos repetidos, preencheram os critérios de inclusão e de exclusão. Destes 173, foram excluídos, consoante o título, todos aqueles que não abordavam o tema em estudo, o que fez um total de 5 artigos. O diagrama prisma referente à seleção dos artigos incluídos no presente trabalho, pode ser visualizado na Figura 1.

3. Resultados

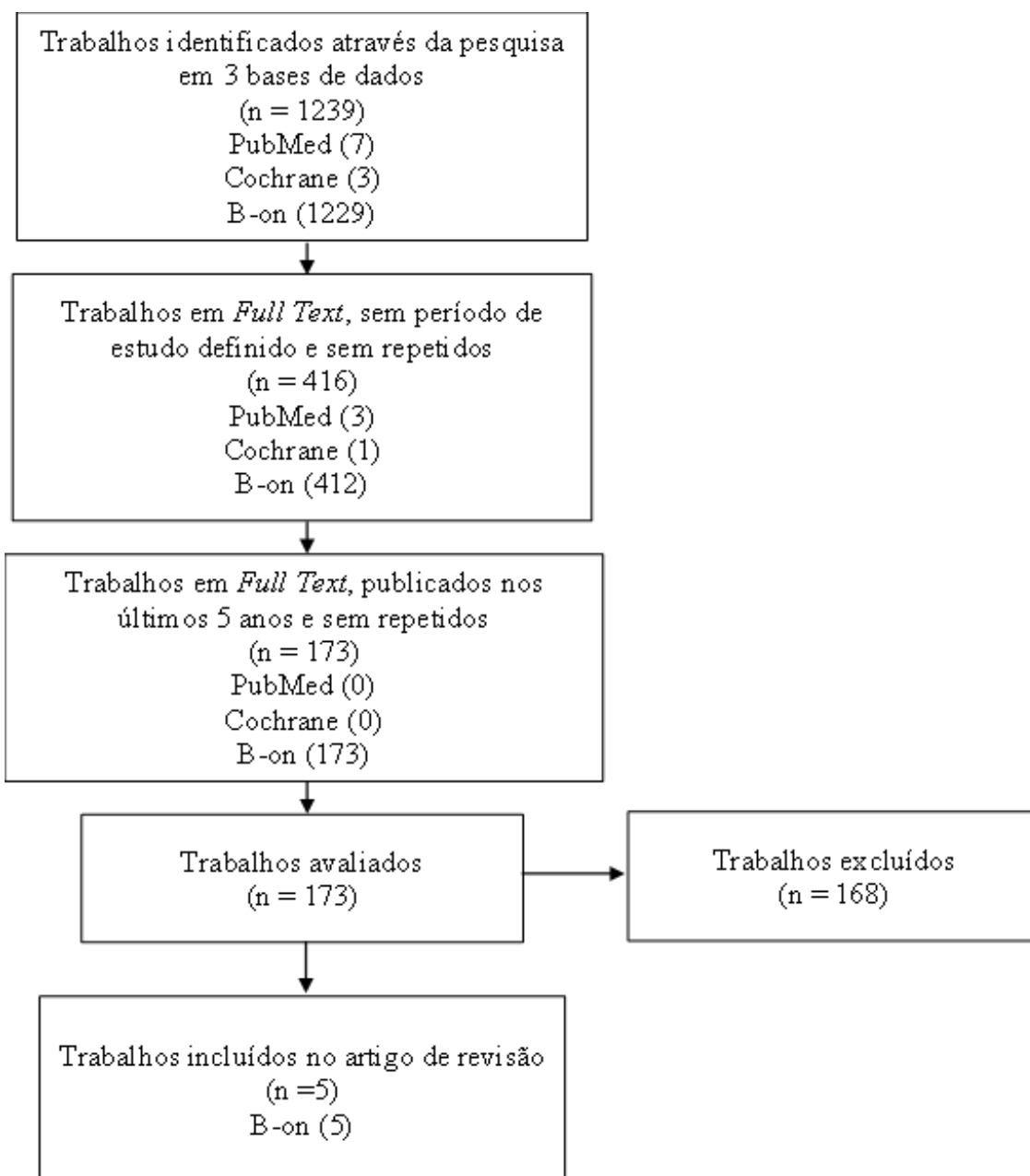


Figura 1 - Diagrama prisma

Após a seleção dos artigos, foi realizada uma leitura integral dos mesmos, tendo o seu conteúdo sido compactado em tabelas de evidências, onde se pode encontrar o título do artigo, a bibliografia, o tipo de estudo, os objetivos de cada artigo, a metodologia utilizada e as principais conclusões a ser retiradas de cada estudo.

<i>“Benefit of general anesthesia monitored by bispectral index compared with monitoring guided only by clinical parameters. Systematic review and meta-analysis.”</i>	
Bibliografia	<ul style="list-style-type: none"> • Oliveira, C. R. D., Bernardo, W. M., & Nunes, V. M. (2017). <i>Benefit of general anesthesia monitored by bispectral index compared with monitoring guided only by clinical parameters. Systematic review and meta-analysis</i>. Brazilian Journal of Anesthesiology, 67(1), pp. 72–84). Elsevier Editora Ltda. https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.10.002
Tipo de Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão sistemática e metanálise
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o impacto clínico da monitorização do índice bispectral (BIS).
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa realizada entre dezembro de 2013 e janeiro de 2015 recorrendo às bases de dados: Medline/PubMed, Lilacs, Cochrane, Cinahl, Ovid, Scopus e Teses. • Critérios de inclusão: estudos randomizados controlados, que compararam anestesia geral monitorizada com o parâmetro BIS com a anestesia guiada apenas por parâmetros clínicos em doentes com mais de 18 anos. • Critérios de exclusão: estudos que envolveram anestesia ou sedação para procedimentos de diagnóstico e teste de despertar no intraoperatório de cirurgia da coluna vertebral.

Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • O uso da monitorização da administração de sedativos com o BIS mostrou vários benefícios dos quais a redução do tempo de extubação, a antecipação da alta da sala de cirurgia e da sala de recuperação pós-anestesia. • Redução de 12% do risco de náuseas e vômitos no pós-operatório, assim como uma redução de 3% no risco de disfunção cognitiva três meses após o pós-operatório e 6% no risco de delírio pós-operatório.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • A monitorização de BIS apresenta vantagens clinicamente uma vez que reduz o tempo de recuperação, principalmente, na administração de anestésicos gerais e o risco de eventos adversos. • A monitorização de BIS diminui o risco de ocorrência de eventos adversos

Tabela 4 - Tabela de Evidências – Artigo 1

<i>“Effect of adjunctive dexmedetomidine on anesthesia and analgesia requirement and recovery characteristics during Bispectral Index guided anesthesia for cerebello pontine angle surgeries: A randomized clinical trial”</i>	
Bibliografia	<ul style="list-style-type: none"> • Chakrabarti, D., Kamath, S., Reddy, K. R. M., Srinivas, D. B., Manohar, N., & Masapu, D. (2018). <i>Effect of adjunctive dexmedetomidine on anesthesia and analgesia requirement and recovery characteristics during Bispectral Index-guided anesthesia for cerebello-pontine angle surgeries: A randomized clinical trial</i>. Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology, 34(4), 496–502. https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_55_18
Tipo de Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo experimental randomizado
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Elucidar os efeitos da dexmedetomidina como um adjuvante anestésico do propofol na redução da dosagem de sedação e na recuperação da anestesia após cirurgias do ângulo pontocerebelar.

Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo conduzido em 49 doentes (25 sedados com dexmedetomidina e 24 sem). • Após a indução anestésica padronizada, a anestesia foi mantida com propofol, fentanil e dexmedetomidina. • Foram registados eventos hemodinâmicos adversos, parâmetros de recuperação (tempo para abrir os olhos, obedecer a comandos e extubação) e pontuação de sedação pós-operatória. • Na chegada à sala operatória, foi feita monitorização intraoperatória (eletrocardiograma, oximetria de pulso, pressão arterial e BIS).
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve diferença em nenhum dos parâmetros de recuperação entre os dois grupos. • A incidência de bradicardia foi significativamente maior com dexmedetomidina. • Nenhuma diferença foi encontrada relativamente à hipotensão, hipertensão e taquicardia.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • A sedação com dexmedetomidina - fentanil - propofol é comparada positivamente à anestesia com fentanil - propofol durante vários procedimentos neurocirúrgicos do angulo pontocerebelar no que diz respeito às características de recuperação da sedação, embora apresente menores taxas de utilização intraoperatória de opióides e hipnóticos.

Tabela 5 - Tabela de Evidências – Artigo 2

“Sedation During Neurocritical Care”	
Bibliografia	<ul style="list-style-type: none"> • Vanaclocha, N., Chisbert, V., Quilis, V., Bilotta, F., & Badenes, R. (2019). <i>Sedation During Neurocritical Care. Journal of Neuroanaesthesiology and Critical Care</i>, 06(02), 056–061. https://doi.org/10.1055/s-0039-1688897
Tipo de Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Artigo de revisão de literatura
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Relatar evidências clínicas recentes sobre sedação no ambiente de cuidados neurocríticos, enfocando os seus efeitos no prognóstico clínico.

Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Seleção de estudos recentes sobre a prática da aplicação de anestesia e agentes sedativos nas unidades de cuidados neurocríticos e neurológicos.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Os agentes sedativos intravenosos (propofol, midazolam) são os mais utilizados. • Agentes sedativos inalados são também utilizados, mas não são uma melhor alternativa aos agentes intravenosos.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Não há evidências de que qualquer agente sedativo em particular seja o melhor para todos os doentes neurocríticos ou para todas as patologias.

Tabela 6 - Tabela de Evidências – Artigo 3

<i>“Year in Review: Synopsis of Selected Articles in Neuroanesthesia and Neurocritical Care from 2020”</i>	
Bibliografia	<ul style="list-style-type: none"> • Esmail, T., Subramaniam, S., & Venkatraghavan, L. (2021). <i>Year in Review: Synopsis of Selected Articles in Neuroanesthesia and Neurocritical Care from 2020</i>. In <i>Journal of Neuroanaesthesiology and Critical Care</i>, 8(1), pp. 12–19. Georg Thieme Verlag. https://doi.org/10.1055/s-0041-1725223
Tipo de Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de literatura
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizar o conhecimento de anesthesiologistas e de outros médicos de cuidados perioperatórios que prestam cuidados a doentes neurocirúrgicos e neurocríticos, através da revisão de literatura.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Compilação de artigos selecionados de diversas revistas de neurociência, neurologia, neuroanestesia e medicina de cuidado neurocrítico do ano de 2020, das quais fazem parte revistas como <i>Lancet</i>, <i>Journal of American Medical Association</i>, <i>New England Journal of Medicine</i> e <i>Stroke</i>.

Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentam-se diversos estudos acerca da aplicação da monitorização neurológica no doente neurocrítico e neurocirúrgico, mas sem nenhum resultado a evidenciar.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Há a necessidade da realização de mais estudos que permitam estudar as interações dos anestésicos com a progressão do tumor e a sobrevida após a ressecção de glioma e de mais estudos que mostrem o benefício do bloqueio do couro cabeludo na analgesia pós-operatória. Concluiu-se também que com o surgimento do coronavírus, revela-se necessária a realização de mais estudos sobre as manifestações neurológicas do COVID-19 e recomendações sobre a prática de neuroanestesia durante a pandemia de COVID-19.

Tabela 7 - Tabela de Evidências - Artigo 4

<i>“Sedation and cerebrovascular reactivity in traumatic brain injury: another potential avenue for personalized approaches in neurocritical care?”</i>	
Bibliografia	<ul style="list-style-type: none"> • Froese, L., Dian, & J., Gomez, & A., & Zeiler, F. A. (2021). <i>Sedation and cerebrovascular reactivity in traumatic brain injury: another potential avenue for personalized approaches in neurocritical care?</i> https://doi.org/10.1007/s00701-020-04662-6/Published
Tipo de estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo experimental
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a relação entre a profundidade de sedação e a reatividade cerebrovascular no traumatismo craniano.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • 5 doentes adultos com traumatismo craniano foram mantidos com fisiologia de alta frequência para pressão intracraniana, pressão arterial e índice bispectral; • O índice de reatividade à pressão e a métrica de reserva compensatória cerebral foram derivados; • As relações entre a reatividade cerebrovascular e a monitorização da reserva compensatória com as métricas do índice bispectral foram exploradas através de gráficos descritivos.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Foram traçados gráficos nos quais se pode ver que cada doente exibe uma relação parabólica entre o índice bispectral e o índice de reatividade à pressão. Isso sugere uma profundidade potencial "ideal" de sedação, onde a reatividade cerebrovascular é a mais intacta; • profundidades de sedação leve e pesada no traumatismo craniano moderado/grave podem expor o doente a distúrbios na reatividade cerebrovascular.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Neste estudo realça-se o potencial impacto da profundidade da sedação na reatividade cerebrovascular no traumatismo craniano; • Sugestão de uma profundidade ideal de sedação individual, de modo a otimizar a reatividade cerebrovascular; • Necessidade de um estudo mais aprofundado da profundidade objetiva da sedação e do seu impacto na fisiologia cerebrovascular no traumatismo craniano.

Tabela 8 - Tabela de Evidências - Artigo 5

Após a análise dos cinco artigos que considerei para esta revisão integrativa da literatura, verifiquei que, embora se trate de diferentes tipos de estudos, os mesmos apresentam conclusões semelhantes no que ao BIS diz respeito.

Oliveira et. al. revelou que a monitorização do BIS na prática clínica é um método confiável que permite avaliar a função cerebral e a titular a sedação a partir da atividade cortical. Mostrou que a sua monitorização apresenta diversos benefícios como a redução do tempo de extubação, redução do risco de náuseas, vômito, despertar com memória intraoperatória e redução do *dellirium* no pós-operatório, além de diminuição do risco disfunção cognitiva três meses após o pós-operatório (Oliveira et al., 2017).

Chakrabarti et. al., comparou os resultados obtidos através da monitorização do BIS de dois tipos de sedação (sedação com dexmedetomidina-fentanil-propofol e sedação com fentanil-propofol) durante procedimentos neurocirúrgicos do ângulo pontocerebral quanto às características de recuperação após anestesia e concluiu que não existe vantagem clínica significativa na utilização de dexmedetomidina em termos de recuperação da sedação, para este tipo de intervenção cirúrgica. (Chakrabarti et al., 2018).

No terceiro estudo analisado, os autores concluem, através da análise da seleção de estudos feita, que os agentes sedativos intravenosos, como o propofol, midazolam e dexmedetomidina são os mais utilizados, embora se utilizem também agentes sedativos inalados mesmo que estes não sejam uma melhor alternativa aos agentes intravenosos.

Concluem também que não há evidências de que haja algum agente sedativo melhor ou mais válido para ser utilizado em todos os doentes neurocríticos ou para todas as patologias e que em doentes com esta patologia e que a sedação para além de limitar a resposta ao stress, reduzir a taxa metabólica cerebral, suprimir convulsões e ajudar a controlar a pressão intracraniana, também melhora a sincronia doente-ventilador e pode ajudar na redução da duração da ventilação mecânica, evitando danos neurológicos maiores (Vanaclocha et al., 2019).

Froese et. al. realizaram a monitorização do BIS, da pressão intracraniana e da pressão arterial após a interrupção da sedação em 5 doentes com traumatismo cranioencefálico, com o objetivo de perceber as relações entre a reatividade cerebrovascular, a profundidade da sedação medida quantitativamente e alterações no BIS, que podem estar associadas a traumatismo cranioencefálico.

Os resultados obtidos neste estudo, através da medição e monitorização dos valores de BIS, sugerem que a profundidade da sedação, efetivamente, tem impacto na reatividade cerebrovascular nos doentes com traumatismo cranioencefálico. Isto significa que pode haver uma profundidade ideal de sedação individual, de modo a otimizar a reatividade cerebrovascular, sendo necessário medições de BIS mais longas e um estudo mais aprofundado da profundidade objetiva da sedação e do seu impacto na fisiologia cerebrovascular no traumatismo cranioencefálico, para melhor entender e explicar esta relação (Froese et al., 2021).

Refletindo sobre os cinco artigos seleccionadas e expostos, percebe-se que estes demonstram a importância da monitorização do Índice Bispectral no tratamento de doentes neurocríticos, uma vez que este índice é utilizado para controlar o estado e profundidade da sedação nos doentes e como forma de avaliação da atividade cerebral, monitorizações cruciais em doentes nesta condição.

4. Conclusão

O objetivo pretendido com a realização desta revisão da literatura foi dar resposta à questão inicial “De que forma a monitorização do BIS é importante para os doentes neurocríticos?” enunciada no capítulo da metodologia, através da pesquisa e análise de outros estudos.

Até ao momento, ainda não são claros todos os efeitos que a sedação tem sobre o sistema nervoso central, pelo que, a procura por mecanismos capazes de diferenciar o efeito dos sedativos nos danos neurológicos é altamente desejável na tomada de decisão clínica.

O Índice Bispectral é uma das ferramentas mais estudadas e mais utilizadas atualmente, tendo sido considerada muito útil no controlo do estado e da profundidade da sedação nos doentes, na avaliação da atividade cerebral, crucial em doentes neurocríticos, no cuidado de doentes em diversas condições neurológicas como traumatismos cranianos, convulsões e também para a distinção entre doentes com alteração patológica significativa do estado de consciência, e doentes conscientes sob efeito de sedação.

Verificou-se que, os doentes que foram sedados através da monitorização com o índice bispectral apresentaram tempos de recuperação significativamente mais curtos quando a sedação foi interrompida para a realização de um exame neurológico, quando em comparação com doentes que foram sedados usando apenas uma medida observacional de sedação.

Concluiu-se também que deve ser considerado o uso diário da monitorização do BIS e a avaliação da sedação no tratamento de doentes neurocríticos que requerem sedação, uma vez que a sua monitorização devida pode levar à redução do tempo de recuperação quando a sedação é interrompida, diminuição da administração de anestésicos gerais e do risco de eventos adversos, de náuseas, vômitos no pós-operatório.

Para além disto, esta monitorização permite também reduzir, com segurança, o uso de sedativos em doentes neurológicos submetidos a ventilação mecânica invasiva.

Por fim, uma vez que a fiabilidade dos valores do BIS é influenciada por vários fatores como o sedativo utilizado, a idade do doente, interferência elétrica

e atividade eletromiográfica, aconselha-se a que no futuro, se invista numa maior investigação e estudo nesta área e relacionado com este tema em particular.

5. Referências Bibliográficas

- Chakrabarti, D., Kamath, S., Reddy, K. R. M., Srinivas, D. B., Manohar, N., & Masapu, D. (2018). *Effect of adjunctive dexmedetomidine on anesthesia and analgesia requirement and recovery characteristics during Bispectral Index-guided anesthesia for cerebello-pontine angle surgeries: A randomized clinical trial*. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 34(4), 496–502. https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_55_18
- Esmail, T., Subramaniam, S., & Venkatraghavan, L. (2021). *Year in Review: Synopsis of Selected Articles in Neuroanesthesia and Neurocritical Care from 2020*. In *Journal of Neuroanaesthesiology and Critical Care*, 8(1), pp. 12–19. Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1725223>
- Froese, L., Dian, & J., Gomez, & A., & Zeiler, F. A. (2021). *Sedation and cerebrovascular reactivity in traumatic brain injury: another potential avenue for personalized approaches in neurocritical care?* <https://doi.org/10.1007/s00701-020-04662-6/Published>
- Brown, E., Purdon, P., Akeju, O., & Solt, K. (2020). Monitoring the State of the Brain and Central Nervous System During General Anesthesia and Sedation. Em M. Gropper, L. Erikson, L. Fleisher, J. Wiener-Kronish, N. Cohen, & K. Leslie, *Miller's Anesthesia* (Vol. 9, pp. 1279 - 1297).
- Oliveira, C. R. D., Bernardo, W. M., & Nunes, V. M. (2017). *Benefit of general anesthesia monitored by bispectral index compared with monitoring guided only by clinical parameters. Systematic review and meta-analysis*. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(1), pp. 72–84). Elsevier Editora Ltda. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.10.002>
- Vanaclocha, N., Chisbert, V., Quilis, V., Bilotta, F., & Badenes, R. (2019). *Sedation During Neurocritical Care*. *Journal of Neuroanaesthesiology and Critical Care*, 06(02), 056–061. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688897>