



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico Cirúrgica

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS PROCESSOS DE
TRANSIÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA
FAMÍLIA**

**NURSING INTERVENTIONS IN THE TRANSITION PROCESSES OF
THE PERSON IN CRITICAL SITUATION AND THEIR FAMILY**

Por

Ricardo Vítor Jordão Nunes

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico Cirúrgica

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS PROCESSOS DE
TRANSIÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA
FAMÍLIA**

**NURSING INTERVENTIONS IN THE TRANSITION PROCESSES OF
THE PERSON IN CRITICAL SITUATION AND THEIR FAMILY**

Por

Ricardo Vítor Jordão Nunes

Sob orientação da Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, 2022

“Nursing is about making a difference in people’s lives... not in people’s illnesses or diseases.”

Afaf Meleis

DEDICATÓRIA

A ti minha bisavó, que estás sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, as pessoas que mais gosto no mundo. Que sempre acreditaram em mim. Que se esforçaram muito para que fosse o profissional que hoje sou.

À Inês, por ouvir todos os meus desabafos nos momentos mais difíceis e ter sempre uma palavra de ânimo.

À Marta, pela dedicação, alegria e amizade.

Às Professoras Rita Marques e Patrícia Pontífice de Sousa, pela inspiração de conseguir ir mais além.

A todos o meu sincero obrigado.

RESUMO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, constituinte do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa foi proposta a elaboração do presente relatório como objeto de apreciação e discussão pública.

No sentido de documentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências para uma prática de cuidados especializada, o relatório emerge da concretização do Projeto de Aprendizagem elaborado, com vista à obtenção do grau de Mestre, assim como do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este documento tem como objetivo: realizar uma análise crítica e reflexiva das atividades e das experiências vivenciadas em contexto de estágio em Unidade de Cuidados Intensivos.

O relatório encontra-se estruturado em capítulos. No início apresenta-se a análise de conceito intitulada “Escuta no cuidado de enfermagem: Uma análise de conceito” com o objetivo de realizar a análise de conceito de escuta no cuidado de enfermagem, de acordo com o conceito evolucionário de Rodgers. Posteriormente expõe-se a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas. Salienta-se também a elaboração da *scoping review* “Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico: *A scoping review*” com o objetivo de mapear o conhecimento de forma a identificar os cuidados de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico.

No final é apresentada a conclusão da análise reflexiva realizada enquanto contributo basilar para um crescimento pessoal e profissional.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Enfermagem; Enfermagem de Cuidados Intensivos; Unidades de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

Within the scope of the Curricular Unit "Final Internship and Report", constituting the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing – area of Nursing for the Person in Critical Situation, of the School of Nursing of Lisbon of the Institute of Health Sciences of the Catholic University of Portugal, it was proposed to prepare of this report as an object of public appreciation and discussion.

In order to document the course of acquisition and development of skills for a specialized care practice, the report emerges from the implementation of the Learning Project prepared, with a view to obtaining a Master's degree, as well as the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing – Nursing to the Person in Critical Situation. This document aims to: carry out a critical and reflective analysis of the activities and experiences lived in the context of an internship in an Intensive Care Unit.

The report is structured in chapters. At the beginning, the concept analysis entitled “Listening in nursing care: A concept analysis” is presented with the objective of carrying out the analysis of the concept of listening in nursing care, according to Rodgers' evolutionary concept. Subsequently, the critical and reflective analysis of the activities developed is exposed. It is also worth mentioning the elaboration of the scoping review “Nursing care for the person in critical condition with intra-aortic balloon: A scoping review” with the objective of mapping knowledge in order to identify nursing care in the provision of care to the person in critical situation with intra-aortic balloon.

At the end, the conclusion of the reflective analysis carried out as a fundamental contribution to personal and professional growth is presented.

Descriptors: Nursing care; Nursing; Critical Care Nursing; Intensive Care Units.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
I. A ESCUTA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DE CONCEITO	21
II. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO REALIZADO	40
2.1 A Unidade de Cuidados Intensivos	43
III. CONCLUSÃO	70
IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
APÊNDICES	82
Apêndice I – Sessão de formação “Drenagem Ventricular Externa”	83
Apêndice II – Intervenções de enfermagem na prevenção e gestão de complicações com o balão intra-aórtico: <i>A scoping review</i>	103
Apêndice III – Poster “Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico: Um protocolo de <i>scoping review</i> ”	133
Apêndice IV – Poster “Intervenções de enfermagem na prevenção e gestão de complicações relacionadas com o balão intra-aórtico”	135
Apêndice V – Comunicação oral “Balão intra-aórtico”	137
Apêndice VI – Poster “A Escuta no Cuidado de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura.....	155
ANEXOS	157
Anexo I – “World Health Organization Surgical Safety Checklist”	158
Anexo II – Certificado de presença nas IV Jornadas de Medicina Intensiva “Ressuscitação – Técnicas de circulação extracorporeal em Medicina Intensiva”	160

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Etapas do conceito evolucionário de Rodgers (2000).....	25
Quadro 2. Itens, conceitos e questões da análise conceptual do conceito de escuta, de acordo com o conceito evolucionário de Rodgers (2000).....	26
Quadro 3. Instrumento de extração de dados.	28
Quadro 4. Atributos, os antecedentes, os consequentes, os termos substitutos e os conceitos relacionados com o conceito de escuta nos cuidados de enfermagem.	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA, adaptado de Page et al. (2021).....	27
---	----

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa foi proposta a elaboração do presente relatório como objeto de apreciação e discussão pública.

No sentido de documentar o percurso de aquisição e o desenvolvimento de competências para uma prática de cuidados especializada, o relatório emerge da concretização do Projeto de Aprendizagem elaborado na Unidade Curricular supracitada, com vista à obtenção do grau de Mestre, assim como do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Neste documento procede-se à exposição e análise crítica e reflexiva dos objetivos gerais e específicos traçados, assim como das intervenções e atividades desenvolvidas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no decorrer de 360 horas de estágio em Unidade de Cuidados Intensivos.

Segundo Benner (2001) a aquisição e desenvolvimento de competências ocorre numa espiral de cinco patamares: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, onde a importância da experiência prática em simultaneidade com o domínio das capacidades, numa perspetiva dinâmica e evolutiva erige a qualidade dos cuidados. Para Hesbeen (2001) esta evolução permite ao enfermeiro uma prática progressivamente mais refletida, aperfeiçoada e dotada de significância. Segundo Deodato (2008), a prática reflexiva associa-se à aprendizagem construtiva e, neste sentido, o enfermeiro especialista deverá ser dotado de sentido crítico na sua tomada de decisão, apoiando-se na melhor evidência científica e fundamentação teórica de enfermagem no sustento da sua prática. Benner (2001) explica também que a teoria, base fundamental da ação do Enfermeiro, define o que pode ser explicitado e formalizado, contudo a prática é sempre mais rica, confrontando-nos com realidades que não se encontram descritas na teoria. Para a autora o

enfermeiro especialista é um perito que domina a teoria, que a fundamenta e aprofunda pela vivência da realidade, proporcionando um cuidar holístico.

Os objetivos, assim como a aquisição e o desenvolvimento de competências foram estruturados com base nos objetivos e resultados de aprendizagem do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica (Ferrito, Madureira & Lourenço, 2021), nas competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018).

Fawcett (1984) definiu o metaparadigma em enfermagem com base nos temas e conceitos centrais da disciplina. O metaparadigma é o componente mais abstrato da estrutura hierárquica do conhecimento de qualquer disciplina (Fawcett, 1996). A função do metaparadigma é integrar a missão intelectual e social de uma disciplina e delimitar o seu objeto de estudo (Kim, 1989).

Adotou-se o metaparadigma da Ordem dos Enfermeiros (2002b) o qual determina a ação do Enfermeiro no paradigma da transformação. Neste padrão a saúde é um processo dinâmico e contínuo, a pessoa é um ser único, a interdependência pessoa/ambiente deve constituir o foco da intervenção do enfermeiro, e os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal, assentam numa perspetiva multicultural, caracterizam-se pela parceria, respeito e valorização da pessoa, otimizam a gestão dos recursos de saúde, inserem-se num contexto pluriprofissional e incorporam os resultados de investigação, cuidados de enfermagem alicerçados na evidência empírica (Ordem dos Enfermeiros, 2002b).

No relatório será utilizado o termo pessoa, descrito anteriormente enquanto conceito metaparadigmático (Ordem dos Enfermeiros, 2002b).

As alterações no estado de saúde levam a que a pessoa caminhe no sentido de atingir o bem-estar, ou, pelo contrário, podem resultar na sua exposição aos riscos inerentes à doença. Em ambas as situações pode emergir um processo de transição em que a pessoa se encontra vulnerável. Os enfermeiros são muitas vezes os primeiros profissionais de saúde a deparar-se com a vivência de um processo de transição pela pessoa e sua família, sendo fundamental a sua intervenção (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). Meleis definiu transição como conceito fundamental em enfermagem, descrevendo os tipos e padrões de transições, as propriedades da experiência de transição, as condições facilitadoras e inibidoras, os indicadores de processo e resultado e as intervenções de enfermagem. Em suma, as

transições são o resultado da mudança, ao mesmo tempo que resultam na mudança na vida das pessoas, da sua saúde, das relações e do ambiente (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

Os enfermeiros podem encontrar na sua prática diferentes tipos de transição: desenvolvimento, saúde e doença, contextuais e organizacionais. As transições constituem-se como padrões de multiplicidade e complexidade, desta forma a pessoa pode experienciar diferentes tipos de transição no mesmo momento (Chick & Meleis, 1986; Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). Para além de complexas e multidimensionais as transições têm como propriedades o envolvimento, o compromisso, a mudança e a diferença, o período temporal, circunstâncias e eventos críticos. Estas propriedades relacionam-se entre si (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

As perceções e significados que as pessoas atribuem à saúde e à doença são influenciados pela transição e influenciam a forma como esta ocorre. As condições inerentes à pessoa assim como as condições da comunidade ou da sociedade podem facilitar ou inibir o processo de transição, assim como os seus resultados. A identificação de indicadores de processo que movam a pessoa na direção da saúde ou, pelo contrário, na direção da vulnerabilidade e do risco permitem uma avaliação e implementação atempada de intervenções de enfermagem facilitadoras de *outcomes* positivos (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

O exposto justifica a seleção da teoria das transições de Afaf Meleis como referencial teórico para a prática. É uma teoria de médio alcance, enquadra-se no paradigma da transformação, caracterizando-se por uma orientação face ao mundo.

O estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital privado em Lisboa, no período compreendido de 9 de Setembro a 20 de Novembro de 2021, completando um total de 360 horas.

O presente relatório pretende documentar o percurso concretizado, tendo como objetivos: descrever, assim como elaborar uma análise crítica e reflexiva das atividades e das experiências vivenciadas em contexto de estágio em Unidade de Cuidados Intensivos, resultando num documento que espelha a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos.

Inicialmente apresenta-se a introdução, onde se expõe o contexto académico, a exposição e estrutura do documento. O primeiro capítulo compreende a análise de conceito com o título “Escuta no cuidado de enfermagem: Uma análise de conceito” com o objetivo

de realizar a análise de conceito de escuta no cuidado de enfermagem, laborando o conceito evolucionário de Rodgers, concluindo-se que o conceito de escuta revela-se um componente fundamental do cuidado de enfermagem e destacando-se a compaixão como qualidade essencial na escuta terapêutica. O estudo foi realizado conjuntamente com as mestrandas Isabel Pica e Soraia Queiroz. O segundo capítulo reúne a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos, incluindo a apresentação formal do tema “Drenagem Ventricular Externa” e a participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados de Intensivos com o poster intitulado “A Escuta no Cuidado de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura”. O terceiro capítulo é referente à conclusão, onde se apresentam as considerações finais do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. No último capítulo são apresentadas as referências bibliográficas segundo a sexta edição da norma da *American Psychological Association*.

No final do relatório encontram-se os apêndices e os anexos mencionados ao longo do documento.

Salienta-se, no decorrer do percurso, a elaboração, em conjunto com as mestrandas Isabel Pica e Soraia Queiroz, da *scoping review* “Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico: *A scoping review*” com o objetivo de mapear o conhecimento de forma a identificar os cuidados de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico. No sentido de divulgar os resultados desta investigação foi apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem o poster intitulado “Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico: Um protocolo de *Scoping review*”, tendo sido posteriormente apresentado no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos o poster com o título “Intervenções de enfermagem na prevenção e gestão de complicações relacionadas com o balão intra-aórtico: *A scoping review*”. Por motivo de solicitação do Departamento de Coração e Vasos do Hospital de Santa Maria, foi também realizada uma comunicação oral com o título “Balão intra-aórtico” apresentada no Departamento de Coração e Vasos do Hospital de Santa Maria.

I. A ESCUTA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DE CONCEITO

Resumo

Introdução: A escuta é provavelmente a mais antiga competência do cuidar, componente essencial de todos os aspetos do cuidado de enfermagem, sendo necessária no estabelecimento de uma relação significativa com a pessoa (Shiple, 2010). É imprescindível para a prática de enfermagem, refletindo o fundamento de todas as relações interpessoais significativas (Jonas-Simpson et al., 2006).

Objetivo: Realizar a análise de conceito de escuta no cuidado de enfermagem, de acordo com o conceito evolucionário de Rodgers.

Métodos: A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Cochrane Clinical Answers e PubMed através da conjugação da palavra-chave “listening” no título, com o operador booleano AND e os descritores DeCS/MeSH “nursing care” e “nurs*” no resumo intercalados com o operador booleano OR no, período temporal de 2001 a 2021. Foram incluídos estudos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. As questões de investigação refletem o objetivo da revisão e serão as seguintes: “Qual é o conceito de escuta no cuidado de enfermagem?” e “Quais são os atributos, os antecedentes, os consequentes, os termos substitutos e os conceitos relacionados da escuta no cuidado de enfermagem?”.

Resultados: Após pesquisa com os descritores supracitados foram integrados 246 artigos e incluídos 6 artigos na revisão integrativa. O conceito de escuta emerge nos artigos analisados

como um processo dinâmico e repleto de intencionalidade. Da análise de conceito de escuta no cuidado de enfermagem pelo conceito evolucionário de Rodgers identificaram-se atributos, antecedentes, consequentes, termos substitutos e conceitos relacionados. Os atributos evidenciados nos artigos foram empatia, silêncio, comunicação verbal e não-verbal, capacidade de não julgar, aceitação, assertividade, presença, ato criativo, consciência, intencionalidade, participação ativa, compreensão, respeito e compaixão. No que concerne às bases contextuais, os antecedentes identificados foram a sintonia entre enfermeiro e a pessoa, necessidade de auto-reconhecimento, ansiedade, depressão, sofrimento, dor psicológica, enfrentamento de situações de crise e morte. Neste seguimento, os consequentes identificados foram confiança, segurança, compreensão, respeito, valorização, o estabelecimento de uma relação terapêutica, redução da ansiedade, stress e depressão, a adaptação à doença, qualidade de vida e bem-estar, cuidados holísticos, adesão ao regime terapêutico, aumento da autoestima, expressar sentimentos e satisfação da pessoa. Relativamente às características do conceito, os termos substitutos do conceito de escuta são comportamento deliberado e ativo, prestar atenção ao outro, busca do significado e compreensão, atividade criativa, metodologia que melhora a comunicação e um claro entendimento das preocupações das pessoas e escuta compassiva. Por último, os conceitos relacionados são reflexão, resumo, *feedback*, confiança, relação, silêncio, aceitação, clarificação, empatia e comunicação.

Conclusão: O conceito de escuta emerge em todos os artigos analisados como uma componente fundamental do cuidado de enfermagem. A compaixão destaca-se como atributo, afirmando-se como uma qualidade essencial na escuta terapêutica.

Palavras-chave: Listening, Nursing Care, Nurs*

Enquadramento

O conceito de escuta é interpretado como componente essencial numa comunicação eficaz em várias disciplinas, entre elas a economia, a educação e a medicina (Shiplely, 2010). No entanto, é um tema raramente abordado e desenvolvido na literatura de enfermagem. Existem artigos de reflexão sobre a prática que documentam a sua importância e significado em múltiplas perspetivas, nomeadamente na discussão entre pares, na abordagem da escuta como competência e enquanto arte, na relação entre o enfermeiro e a pessoa (Kagan, 2008b).

A escuta é provavelmente a mais antiga competência do cuidar, componente essencial de todos os aspetos do cuidado de enfermagem sendo necessária no estabelecimento de uma relação significativa com a pessoa (Shiplely, 2010). É imprescindível para a prática de enfermagem pois é o fundamento de todas as relações interpessoais significativas (Jonas-Simpson et al., 2006).

O uso terapêutico da escuta pode contribuir para a sensação geral de bem-estar e satisfação da pessoa em relação à sua experiência de saúde (Shiplely, 2010). Na verdade, Kagan (2008) relata que as pessoas desejam fundamentalmente ser ouvidas, durante a experiência com os profissionais de saúde. Neste sentido Shiplely (2010), refere que para a comunicação ser efetiva a pessoa tem que sentir que está a ser ouvida e compreendida, existindo um genuíno interesse na mensagem transmitida.

Estar presente e escutar é testemunhar o verdadeiro desafio da relação humana. Esta premissa está sustentada na escola de pensamento do ser humano unitário (Parse, 1998, 2007). A perspetiva de Parse (1998) entende que os significados são mutuamente interpretados no diálogo e que escutar é um processo intrínseco à relação pessoa e o universo. A mesma autora oferece uma perspetiva sobre o diálogo e a escuta como promotores de mudança na comunidade. Em suma, esta perspetiva define que o ser humano existe num processo de contínua mudança, co-constituindo o seu mundo, interpretando as situações e co-criando significados (Parse, 1998, 2007).

Para os enfermeiros o conceito de escuta é importante na co-criação de situações significativas com as pessoas, famílias, estudantes, organizações e comunidades (Kagan, 2008a), sendo emergente o desenvolvimento e validação de instrumentos que possam ser usados para avaliar a efetividade da escuta na perspetiva do enfermeiro e da pessoa ao seu cuidado (Shiplely, 2010). Desta forma, a escuta define-se como intervenção e competência fundamental no cuidado de enfermagem.

Na revisão da literatura realizada foi apenas encontrado um estudo de análise de conceito sobre a escuta, datado de 2010, pelo que é relevante a atualização e desenvolvimento do conhecimento da mesma.

Metodologia

O objetivo foi realizar a análise do conceito “escuta” no cuidado de enfermagem utilizando o conceito evolucionário de Rodgers (2000). Esta metodologia consiste num método indutivo de análise que integra uma revisão integrativa da literatura. Para a sua elaboração recorreu-se a pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Cochrane Clinical Answers e PubMed através da conjugação da palavra chave “listening” no título, com o operador booleano AND e os descritores DeCS/MESH “nursing care” e “nurs*” no resumo intercalados com o operador booleano “OR”. As questões de investigação espelham o objetivo da revisão e serão “Qual o conceito de escuta no cuidado de enfermagem?” e “Quais são os antecedentes, consequentes, atributos, termos substitutos e conceitos relacionados da escuta no cuidado de enfermagem?”.

Foram incluídos estudos de natureza quantitativa, qualitativa e mista, no período temporal de 2001 a 2021 de publicação nos idiomas português, inglês, francês e espanhol.

O conceito evolucionário de Rodgers (1989, 2000) explana que um conceito é dinâmico, amplo e absoluto, sendo influenciado pelo contexto em que é utilizado, constituindo-se uma estratégia pertinente para investigar um conceito de interesse, impulsionando a pesquisa e prática de enfermagem. Consiste num ciclo que integra três elementos, nomeadamente significado, uso e aplicação. Desta forma, o significado de um conceito estará dependente da sua utilização e aplicação (Rodgers, 2000).

A sua operacionalização decorre em seis etapas como representado no Quadro 1.

Quadro 1. Etapas do conceito evolucionário de Rodgers (2000).

Étapas do conceito evolucionário de Rodgers
1 – Definir o conceito de interesse e os termos associados.
2 – Seleção do campo para colheita de dados.
3 – Destacar os atributos do conceito e bases contextuais (antecedentes e consequentes).
4 – Analisar as características do conceito (termos substitutos e conceitos relacionados).
5 – Identificar, se necessário, um exemplo do conceito.
6 – Determinar as implicações e hipóteses para o conceito.

Foi definido como conceito de interesse a “escuta” nos cuidados de enfermagem.

No que concerne à seleção do campo para colheita de dados, foi elaborada uma revisão integrativa, que responde à questão de investigação “Qual o conceito de escuta no cuidado de enfermagem?”. Para este efeito utilizou-se a metodologia de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Page et al., 2021) para sistematizar o processo de inclusão dos estudos (Figura 1), cujos os resultados estão presentes no Quadro 3.

Após a colheita e análise dos dados foram identificados os atributos do conceito e bases contextuais (antecedentes, os consequentes), assim como as características do conceito (termos substitutos e conceitos relacionados) do conceito de escuta nos cuidados de enfermagem, respondendo à questão de investigação “Quais são os atributos, os antecedentes, os consequentes, os termos substitutos e os conceitos relacionados da escuta no cuidado de enfermagem?”.

Para a operacionalização da desta etapa foi elaborado o Quadro 2.

Não foi identificado um exemplo do conceito.

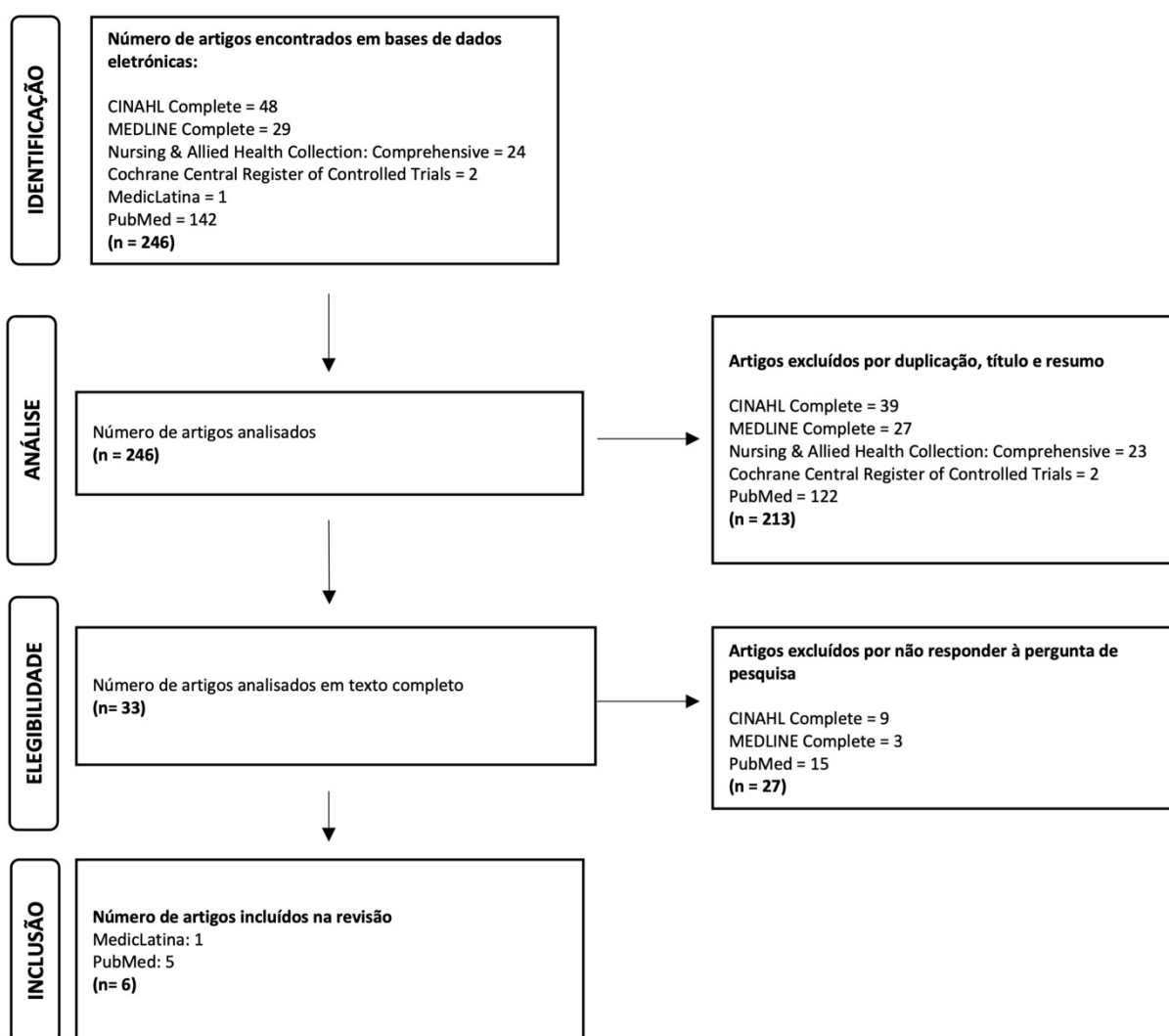
Quadro 2. Itens, conceitos e questões da análise conceptual do conceito de escuta, de acordo com o conceito evolucionário de Rodgers (2000).

Item Analisado	Conceito	Pergunta
Atributos do conceito	Características que tornam possível identificar situações que categorizam o conceito.	Quais as características que definem a escuta?
Antecedentes	Eventos ou fenómenos que foram previamente relacionados com conceito.	Quais os eventos ou fenómenos que contribuíram para a escuta?
Consequentes	Resultado do uso do conceito numa situação prática.	O que acontece posteriormente ou como resultado da escuta?
Termos substitutos	Palavras que expressam as ideias de um conceito por meio de outras.	Que palavras ou expressões substituem a escuta?
Conceitos Relacionados	Palavras que têm algo em comum com o conceito, mas não possuem as mesmas características.	Que outras palavras têm algo em comum com a escuta?

Resultados

A pesquisa identificou 246 artigos nas bases de dados (48 na CINAHL Complete, 29 na MEDLINE Complete, 24 na Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, 2 na Cochrane Central Register of Controlled Trials, 1 na MedicLatina e 142 na PubMed). Após remoção de artigos por duplicação, título e resumo, obtiveram-se 33 artigos, dos quais 26 foram excluídos por não responderem à questão de investigação “Qual o conceito de escuta no cuidado de enfermagem?”. Foram incluídos 6 artigos na revisão integrativa.

Figura 1. Fluxograma PRISMA, adaptado de Page et al. (2021).



Os dados extraídos dos estudos apresentam-se em forma de quadro (Quadro 3), no qual se identificam algumas características dos mesmos, nomeadamente como o autor, o ano, a base de dados, os objetivos, a população/amostra, o tipo de estudo e as conclusões relativos à questão de investigação “Qual o conceito de escuta no cuidado de enfermagem?”.

Quadro 3. Instrumento de extração de dados.

Base de dados Autor/Ano	Objetivos	População/ Amostra	Tipo de estudo	Conclusões
MedicLatina Rodríguez, Saez e Trinidad, (2018)	Conhecer a necessidade da escuta ativa na relação entre o enfermeiro e a pessoa e sua família; Descrever a necessidade de comunicação das mulheres com cancro ginecológico e os enfermeiros nas fases de diagnóstico e tratamento; Definir recomendações para a comunicação e escuta ativa com a pessoa com patologia oncológica.		Revisão da literatura.	Escuta entendida como escuta ativa; A componente principal da escuta ativa é o silêncio; Os aspetos necessários para uma escuta ativa eficaz e apropriada são o ser empático, ser assertivo, ser paciente, estar presente, demonstrar disponibilidade, deixar a pessoa falar sem interrupções, respeitar os momentos de silêncio da pessoa, evitar distrações; Escutar requer concentração e esforço, incrementando a capacidade de empatizar com a outra pessoa; Prestar atenção à comunicação verbal e não verbal.

<p>PubMed</p> <p>Browning e Waite (2010)</p>	<p>Perceber como a escuta pode ser utilizada como ferramenta no planeamento de cuidados, no aumento da adesão terapêutica, na diminuição dos custos em saúde e na otimização da relação terapêutica.</p>		<p>Artigo de opinião com fundamentação teórica.</p>	<p>A escuta é um poderoso agente terapêutico e parte integrante do cuidado de enfermagem;</p> <p>A abordagem da escuta distingue-se de duas formas significativas: escuta consciente e intencional (sem ego) e como ato criativo;</p> <p>A escuta é tão importante para a pessoa como para o profissional de saúde;</p> <p>Existe necessidade de mais pesquisa empírica sobre o tema da escuta.</p>
<p>PubMed</p> <p>Chan (2010)</p>	<p>Descrever os princípios da escuta no cuidado de enfermagem.</p>		<p>Carta ao editor.</p>	<p>Escutar envolve a participação ativa do emissor e do recetor;</p> <p>Ambos os intervenientes partilham compreensão, empatia, reflexão e informação;</p> <p>A escuta é importante no aconselhamento sobre problemas de saúde, familiares e sociais;</p> <p>A escuta é fundamental para a construção de</p>

				<p>uma relação de confiança;</p> <p>Existem cinco princípios sobre a escuta em enfermagem:</p> <p>O primeiro passo é permitir que a pessoa fale, sendo a escuta a etapa preliminar para o aconselhamento;</p> <p>O segundo passo determina a relação de aceitação e respeito entre enfermeiro-pessoa;</p> <p>O terceiro passo objetiva definir conhecimento, demonstrando interesse pela situação da pessoa;</p> <p>O quarto passo descreve a importância do enfermeiro na relação terapêutica, devendo este capacitar e orientar a pessoa na resolução dos seus problemas incrementando a sua autoconfiança;</p> <p>O quinto passo almeja ajudar as pessoas a expressar os seus</p>
--	--	--	--	--

				<p>sentimentos. A consciência das experiências e sentimentos passados, como meio para solucionar problemas atuais. A escuta como meio do alívio do sofrimento psicológico da pessoa.</p> <p>A prática da escuta deve ser incluída na supervisão clínica dos enfermeiros.</p>
<p>PubMed</p> <p>Ellison e Meyer (2020)</p>	<p>Discutir o papel do enfermeiro enquanto elemento dinamizador de terapias complementares de presença e escuta terapêutica, as barreiras existentes e estratégias a serem implementadas. Discutir o impacto presença e da escuta</p>		<p>Artigo de opinião com fundamentação teórica.</p>	<p>A escuta é um processo dinâmico e compreende a arte de estar presente, ser empático e atento à comunicação verbal e não verbal da pessoa. Constituem aspetos essenciais da escuta terapêutica a presença, a autoconsciência, a compaixão, a empatia, o respeito e a compreensão;</p> <p>Opõem-se como barreiras para a realização da escuta terapêutica a escassez de tempo, as rotinas, a falta de oportunidades</p>

	terapêutica nas pessoas.			assim como procedimentos burocráticos morosos; Constituem-se como técnicas de escuta terapêutica o silêncio, a atitude de aceitação e de esclarecimento, não julgamento e de reflexão, a promoção de um ambiente terapêutico e a clarificação de informação significativa.
PubMed Kimble (2013)	Introduzir o conceito de “escuta com compaixão” em situações difíceis da vida das pessoas, com o objetivo de compreender o processo de escutar com compaixão.		Artigo de opinião com fundamentação teórica.	A compaixão é parte integrante da escuta ativa. A escuta com compaixão é estar presente com intenção, ser empático. Em enfermagem a escuta com compaixão é essencial no desenvolvimento de uma relação terapêutica e no planeamento de cuidados, de acordo com as necessidades das pessoas.

<p>PubMed</p> <p>Shiplely (2010)</p>	<p>O conceito de escuta deveria ser integrado enquanto componente fundamental do cuidado de enfermagem no desenvolvimento de teorias de enfermagem.</p>		<p>Análise de conceito.</p>	<p>É importante desocultar a escuta enquanto intervenção de enfermagem;</p> <p>O uso terapêutico da escuta é essencial para a prestação de cuidados de qualidade;</p> <p>A escuta inclui como atributos a empatia, a comunicação verbal e não verbal, não julgamento e aceitação (revelando-se importante a promoção de um ambiente terapêutico seguro para a pessoa), o reconhecimento do silêncio enquanto ferramenta importante na comunicação, a reflexão, e o <i>feedback</i>.</p> <p>É necessária investigação para desenvolver, testar e implementar ferramentas que avaliem a escuta enquanto intervenção de enfermagem;</p> <p>É necessário o desenvolvimento de</p>
--	---	--	-----------------------------	---

				<p>modelos teóricos de enfermagem que definam a escuta como componente integral do cuidado de enfermagem;</p> <p>A escuta é uma competência essencial em enfermagem que pode ser desenvolvida e melhorada pela prática no contacto com as pessoas.</p>
--	--	--	--	--

Em seguida evidenciam-se os atributos, os antecedentes, os consequentes, os termos substitutos, os conceitos relacionados do conceito de escuta nos cuidados de enfermagem respondendo à questão de investigação “Quais são os atributos, antecedentes, consequentes, termos substitutos e conceitos relacionados da escuta no cuidado de enfermagem?”.

Quadro 4. Atributos, os antecedentes, os consequentes, os termos substitutos e os conceitos relacionados com o conceito de escuta nos cuidados de enfermagem.

Autor / Ano	Atributos	Antecedentes	Consequentes	Termos substitutos	Conceitos relacionados
Rodríguez, Saez e Trinidad, (2018)	Silêncio; Empatia; Assertividade; Comunicação não verbal; Presença.	Ansiedade; Depressão.	Redução da ansiedade, stress e depressão; Adaptação à doença e ao tratamento, obtendo qualidade de vida;		

			Relação terapêutica; Cuidados holísticos.		
Browning e Waite (2010)	Ato criativo; Consciência; Intencionalidade.		Bem-estar; Adesão ao regime terapêutico; Relação terapêutica; Aumento da autoestima da pessoa.		.
Chan (2010)	Participação ativa; Empatia; Compreensão	Sufrimento; Dor psicológica.	Ajudar a pessoa a expressar os seus sentimentos; Aliviar o sofrimento psicológico.		Confiança; Relação; Reflexão.
Ellison e Meyer (2020)	Respeito; Comunicação verbal e não verbal; Presença; Compaixão; Empatia; Respeito; Compreensão; ; Consciência.	Quebra de comunicação.	Satisfação da pessoa; Adesão ao regime terapêutico; Qualidade de vida; Redução da ansiedade e depressão; Relação terapêutica.	Método que encoraja uma melhor comunicação e um claro entendimento das preocupações das pessoas.	Silêncio; Aceitação; Clarificação; Reflexão; Empatia.

Kimble (2013)	Compaixão; Empatia; Presença; Intencionalidade.	Enfrentamento de situações de crise ou morte.	Verbalização de sentimentos e medos; Relação terapêutica.	Escuta compassiva.	Comunicação; Confiança.
Shiplely (2010)	Empatia; Silêncio; Comunicação verbal e não-verbal; Capacidade de não julgar; Aceitação.	Sintonia enfermeiro-pessoa; Necessidade de auto-reconhecimento de escutar-se a si próprio para conseguir escutar o outro.	Desenvolvimento de sentimentos de confiança e segurança; Percepção de ser compreendido, respeitado e valorizado; Estabelecimento de uma interação com a pessoa que promove o potencial de cura.	Comportamento deliberado e ativo; Prestar atenção ao outro; Busca do significado e compreensão; Atividade criativa essencial para estabelecer relacionamentos.	Reflexão; Resumo; Feedback.

Discussão

Partindo da análise de conceito elaborada, Shipley (2010) argumenta que o conceito de escuta não teve a importância merecida na literatura de enfermagem ao longo dos anos. A autora eleva o conceito como componente fundamental no cuidado de enfermagem, devendo o mesmo ser parte integrante no desenvolvimento de quadros teóricos assim como na construção e validação de escalas que avaliem a efetividade da escuta, tanto na perspectiva dos enfermeiros como das pessoas a seu cuidado. A escuta é assim uma competência

essencial no cuidado de enfermagem, que pode ser aprendida e treinada no contexto prático, no contacto e na avaliação das reais necessidades da pessoa.

Para Rodríguez, Saez e Trinidad (2018) o conceito de escuta é entendido como escuta ativa, tendo como elemento principal o silêncio. Acrescenta ainda que escutar requer concentração e esforço, aperfeiçoando assim a capacidade de empatizar com a outra pessoa. Por outro lado, Kimble (2013) associa a escuta à compaixão, sendo esta essencial no desenvolvimento de uma relação terapêutica e no planeamento de cuidados, de acordo com as necessidades das pessoas. Ellison e Meyer (2020) abordam este carácter dinâmico da escuta, contudo destacam a existência de barreiras para a sua realização como a escassez de tempo, as rotinas, a falta de oportunidades assim como procedimentos burocráticos morosos.

Browning e Waite (2010) argumentam que a escuta é um poderoso agente terapêutico, descrevendo-a também como parte integrante do cuidado de enfermagem, revelando-se igualmente importante para a pessoa como para o profissional de saúde. Enfatiza, à semelhança de Shipley (2010) a necessidade de mais pesquisa empírica sobre o conceito.

Por último, Chan (2010) aborda a escuta numa perspetiva multidimensional, no aconselhamento sobre problemas de saúde, familiares e sociais. Este autor difere dos outros, descrevendo cinco princípios da escuta em enfermagem: o primeiro princípio assenta em permitir que pessoa fale, o segundo envolve a construção de uma relação, o terceiro enfatiza o interesse genuíno pela situação da pessoa, o quarto determina importância do enfermeiro na relação terapêutica e, por fim, o quinto princípio objetiva ajudar as pessoas a expressar os seus sentimentos. Para este autor a aplicabilidade da escuta deve ser incluída na supervisão clínica dos enfermeiros.

Atendendo ao conceito evolucionário de Rodgers (2000) destacam-se agora os atributos do conceito e bases contextuais (antecedentes e consequentes), assim como se procede à análise das características do conceito (termos substitutos e conceitos relacionados).

Shipley (2010) identificou como atributos do conceito de escuta, a empatia, o silêncio, a comunicação verbal e não-verbal, a capacidade de não julgar e a aceitação.

Nos artigos dos autores Chan (2010), Ellison e Meyer (2020), Kimble (2013) e Rodríguez, Saez e Trinidad, (2018), identificaram-se atributos como o silêncio, a empatia, a comunicação verbal e não verbal, como abordado na análise de conceito de Shipley (2010). Concomitantemente identificaram-se outros atributos do conceito de escuta, sendo estes a

assertividade, a presença, ato criativo, a consciência, a intencionalidade, a participação ativa, a compreensão, o respeito e a compaixão (Browning & Waite, 2010; Chan, 2010; Ellison & Meyer, 2020; Kimble, 2013; Rodríguez, Saez & Trinidad, 2018).

No que concerne às bases contextuais, Shipley (2010) destaca como antecedentes, a sintonia enfermeiro-pessoa, a necessidade de auto-reconhecimento de escutar-se a si próprio para conseguir escutar o outro. Nos artigos de Chan (2010), Kimble (2013) e Rodríguez, Saez e Trinidad, (2018), identificaram-se como antecedentes eventos e sentimentos negativos, nomeadamente ansiedade, depressão, sofrimento, dor psicológica e enfrentamento de situações de crise ou morte. No artigo de Ellison e Meyer (2020) acrescenta-se a quebra de comunicação. Já no texto de Browning e Waite (2010) não foi possível identificar antecedentes.

Em relação aos consequentes Shipley (2010) identifica o desenvolvimento de sentimentos de confiança e segurança, a perceção de ser compreendido, respeitado e valorizado e o estabelecimento de uma relação terapêutica. Este último é igualmente identificado nos artigos de Browning e Waite (2010, Ellison e Meyer (2020), Kimble (2013) e Rodríguez, Saez e Trinidad, (2018).

Foram identificados ainda como consequentes a redução da ansiedade, stress e depressão, a adaptação à doença, obtendo qualidade de vida, cuidados holísticos, bem-estar, adesão ao regime terapêutico, aumento da auto-estima da pessoa, ajudar a pessoa a expressar os seus sentimentos e a sua satisfação (Browning & Waite, 2010; Chan, 2010; Ellison & Meyer, 2020; Kimble, 2013; Rodríguez, Saez & Trinidad, 2018).

Relativamente às características do conceito salientam-se no artigo de Shipley (2010) como termos substitutos comportamento deliberado e ativo, prestar atenção ao outro, busca do significado e compreensão, atividade criativa essencial para estabelecer relacionamentos.

Nos trabalhos de Ellison e Meyer (2020) e Kimble (2013), foi possível identificar ainda enquanto termos substitutos, metodologia que encoraja uma melhor comunicação e um claro entendimento das preocupações das pessoas e escuta compassiva.

Por último, como conceitos relacionados destacam-se no artigo de Shipley (2010) a reflexão, resumo, *feedback*. O conceito relacionado de reflexão foi igualmente identificado nos artigos escritos por Chan (2010) e Ellison e Meyer (2020). Identificaram-se ainda como conceitos relacionados confiança, relação, silêncio, aceitação, clarificação, empatia e comunicação (Chan, 2010; Ellison & Meyer, 2020; Kimble, 2013). É de salientar que os conceitos relacionados de empatia, silêncio e comunicação surgem também documentados como atributos para autores como Shipley (2010).

Relativamente às implicações e hipóteses para o conceito de escuta no cuidado de enfermagem, podemos afirmar que se constitui como um processo dinâmico, criativo e intencional. A escuta implica para além da empatia enfatizada por Shipley (2010), a compaixão.

A compaixão implica a capacidade de compreensão do sofrimento do outro e da sua vulnerabilidade, significa ser humanista, paciente, e estando disponível para uma interação de verdadeiro significado com a pessoa (Kimble, 2013).

As autoras Ellison e Meyer (2020) abordam ainda como Florence Nightingale demonstrou compaixão, escrevendo cartas para mães de soldados, cuidando deles até ao momento da sua morte. Para a mesma autora a compaixão é uma qualidade essencial para realizar uma escuta terapêutica e prestar de cuidados de enfermagem.

Para além da compaixão, a escuta também acarreta a assertividade, consciência, presença, compreensão e respeito.

CONCLUSÃO

O conceito de escuta emerge em todos os artigos analisados como uma componente fundamental do cuidado de enfermagem. A análise do conceito de escuta no cuidado de enfermagem, no conceito evolucionário Rodgers, identificou atributos, antecedentes, consequentes, termos substitutos e conceitos relacionados.

A escuta é um poderoso agente terapêutico no cuidado de enfermagem, igualmente importante para o enfermeiro e para a pessoa ao seu cuidado. É um processo dinâmico, entendido como escuta ativa e compassiva. É um ato criativo repleto de intencionalidade terapêutica e profundo interesse pela situação da pessoa. Assenta em pilares que inevitavelmente a caracterizam, como a empatia, a compaixão, o silêncio e a presença, assim como, na comunicação verbal e não verbal, na capacidade de não julgar o outro e na aceitação. Necessita de clarificação científica à luz da disciplina de enfermagem, de integração em quadros conceptuais e de instrumentos que permitam a sua melhor compreensão e análise.

II. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO REALIZADO

No decorrer deste capítulo é apresentada a descrição, assim como a análise crítica e reflexiva das atividades e intervenções realizadas no decorrer do estágio, que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O estágio foi realizado em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e contabilizou um total de 360 horas.

A Unidade de Cuidados Intensivos constituiu-se como uma realidade profícua em momentos de aprendizagem, tendo proporcionado um conjunto de situações e vivências de significância determinante na aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O histórico de 15 anos de exercício profissional no serviço de Atendimento Permanente, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências que se refletiram na creditação do estágio “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”. Desde o ano de 2006 que desenvolvo a minha atividade profissional no serviço de Atendimento Permanente, no ano de 2021, num momento de reestruturação da equipa de enfermagem ocupei a posição de chefe de equipa. No dia a dia do exercício profissional são inúmeras as atividades realizadas que proporcionam a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, como descritas no Regulamento n.º 429/2018. No que concerne ao cuidado da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e atentando particularmente na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, desenvolvo atividades como a atribuição de prioridades clínicas, baseadas na identificação de problemas através do sistema de Triagem de Manchester, efetivando o correto encaminhamento da pessoa de acordo com a prioridade clínica, otimizando celeremente circuitos em situações de prioridade clínica muito urgente ou emergente, com

destino à Sala de Reanimação ou ao Serviço de Observação, identificando prontamente focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória, executando cuidados técnicos de alta complexidade, incluindo Suporte Avançado de Vida. Aquando a prestação de cuidados e vigilância da pessoa em situação instável na Sala de Reanimação ou no Serviço de Observação, garanto a administração de protocolos terapêuticos complexos, incluído fármacos antiarrítmicos, vasodilatadores e vasopressores colaborando com a equipa multidisciplinar em procedimentos diferenciados como a intubação orotraqueal ou a colocação de cateter venoso central, diagnosticando precocemente complicações, implementando respostas de enfermagem apropriadas, monitorizando e avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados. Nos contextos supracitados realizo também a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, garantido a gestão de medidas farmacológicas analgésicas e anestésicas, assim como a implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor. Acresce-se ainda a gestão da comunicação interpessoal, fundamento da relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, utilizando estratégias facilitadoras de comunicação verbal e não verbal. Priorizo o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa e família, reconhecendo o impacto das transações da relação terapêutica, estando presente, utilizando adequadamente a relação de ajuda e avaliando criticamente a relação estabelecida com a pessoa. Contextualmente, assisto a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde doença e/ou falência orgânica, otimizando a gestão da ansiedade e do medo e promovendo a dignificação da morte e dos processos de luto.

No que concerne à dinamização de resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, a situação pandémica vivenciada no final do ano de 2019 e início do 2020 motivou a reestruturação do serviço e do Hospital, tendo este sido inteiramente dedicado à prestação de cuidados à pessoa com patologia respiratória e infeção pelo coronavírus SARS-CoV-2. Esta realidade possibilitou uma experiência marcante no cuidado da pessoa em situações de emergência e exceção, tendo sido possível, enquanto chefe de equipa, a participação na conceção de planos de emergência, assim como na gestão dos cuidados de enfermagem neste contexto.

Por fim, relativamente à maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face á complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequada, colaboro diariamente com o enfermeiro elo de ligação do Programa de Prevenção

e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos no sentido de proporcionar uma resposta adequada às necessidades em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, assim como promovo o desenvolvimento de procedimentos de controlo da infecção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos, instaurando e gerindo isolamentos de proteção, de contacto, gotículas ou via área. Realizo também formação informal aquando do diagnóstico de carências de informação e formação no seio da equipa referente a este tema, nomeadamente no que concerne aos momentos e correta higiene das mãos, à utilização de equipamentos de proteção individual e procedimentos de higienização e desinfeção de material e equipamento clínico.

Relativamente às competências descritas no Regulamento n.º 140/2019, “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, no decorrer do meu percurso profissional zelo sempre por uma prática profissional ética e legal, de acordo com a normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo, na prestação de cuidados e enquanto chefe de equipa, práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. No âmbito das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, saliento o novamente o papel chefe de equipa, cooperando com a direção de enfermagem enquanto elemento dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Destaco igualmente o meu papel enquanto Auditor Interno do Protocolo de Triagem de Manchester, realizando auditorias mensais de triagens e formação formal anual de pares nesta temática, desenvolvendo assim práticas de qualidade, gerindo e colaborando em processos de melhoria contínua. Acrescento a realização da Pós-graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem, área de interesse pessoal marcante, tendo sido responsável pela elaboração do guia de integração de novos elementos na equipa de enfermagem do serviço de Atendimento Permanente, realizando também a supervisão clínica de estudantes de enfermagem, garantido um ambiente terapêutico e seguro para a pessoa alvo dos cuidados, equipa e estudantes. Relativamente ao domínio da gestão de cuidados, enquanto chefe de equipa, realizo a gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, assim como adapto a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Por fim, no domínio do desenvolvimento e das aprendizagens profissionais, no decorrer do meu percurso profissional primo por desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, assim como

conduzo a prática clínica no serviço de Atendimento Permanente com base na evidência científica.

2.1 A Unidade de Cuidados Intensivos

O contexto selecionado para a realização da Unidade Curricular Estágio e Relatório, foi a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital onde exerço funções. Após um percurso profissional de 15 anos no serviço de Atendimento Permanente, o apelo da Unidade de Cuidados Intensivos está há muito presente, mas o abandono da zona de conforto é por vezes um obstáculo limitativo que, compreendo hoje, apenas prejudica a nossa evolução enquanto pessoas e profissionais. Com o ingresso no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pretendi desafiar-me a mim próprio, e no momento de seleção do contexto de estágio, não existiram dúvidas possíveis.

Em determinado momento do meu percurso profissional, quando a técnica e a gestão de prioridades não eram mais dificuldades, comecei a refletir sobre o modelo de cuidados. O modelo biomédico, ainda tão presente nas organizações como em nós enfermeiros, tolda-nos o sentido crítico e limita a nossa intervenção perante a pessoa. É sem dúvida fundamental a importância do conhecimento e da técnica, assim como a destreza ágil na sua execução, no entanto, a exigência de estar verdadeiramente ao lado da pessoa que vivencia um momento difícil, intervindo no seu processo de transição é fundamental nos cuidados de enfermagem apoiando-a, preparando-a ou capacitando-a (Meleis et al., 2000). Este cuidar humanista e holístico é onde me encontro, constituindo a principal fonte de motivação para este “começar de novo” numa procura de crescimento e evolução profissional.

Integrar a equipa de enfermagem da Unidade Cuidados Intensivos era um desafio pelo qual ansiava, pois, enquanto elemento externo, sempre perspetivei os enfermeiros daquele serviço como profissionais com conhecimentos e competências elevadamente diferenciadas, com uma dedicação extrema à pessoa e acima de tudo profissionais verdadeiramente humanos.

As Unidades de Cuidados Intensivos são locais dotados de recursos humanos, físicos e técnicos especializados, habilitados para assumir a responsabilidade integral por pessoas em situação crítica (Direção-Geral da Saúde, 2003b). Entende-se por pessoa em situação crítica aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência dependente de meios avançados de vigilância,

monitorização e terapêutica.” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362). O mesmo documento descreve os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades tendo em vista a sua recuperação total.”

Historicamente, a literatura documenta que Florence Nightingale, na sua atuação durante a guerra da Crimeia, ao apartar os feridos mais graves numa enfermaria zelando por uma vigilância contínua e cuidados extremos para a época, terá sido visionária na constituição do que viria a ser uma Unidade de Cuidados Intensivos. Com a introdução das novas práticas, Florence Nightingale registou um decréscimo importante na mortalidade dos soldados feridos em combate (Fee, Garofalo & Chang, 2010; Gallesio, Ceraso & Palizas, 2006; Miracle, 2008).

A Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital localiza-se junto ao Bloco Operatório, ao Laboratório de Hemodinâmica e Radiologia de Intervenção. Dispõe de 14 unidades, 8 individuais, 4 abertas e 2 de isolamento. A unidade é dotada de todo o arsenal tecnológico para a prática de procedimentos técnicos, desde substituição da função renal até à oxigenação por membrana extracorporal.

Recebe pessoas provenientes do Bloco Operatório, sendo prestados cuidados pós-operatórios a pessoas submetidas a Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia e Urologia. Admite igualmente pessoas provenientes do Laboratório de Hemodinâmica após a realização de cateterismo cardíaco emergente ou eletivo, articulando-se ainda com o Serviço de Atendimento Permanente e com o Serviço de Internamento para acolher pessoas em situação crítica.

Quando a pessoa em situação crítica é internada numa Unidade de Cuidados Intensivos, é submetida técnicas invasivas dolorosas, sendo o objetivo primordial salvar a sua vida. Este internamento faz surgir sentimentos de instabilidade e insegurança, pela sensação de risco iminente. O processo de transição saúde – doença que a pessoa atravessa resulta num estado de fragilidade e vulnerabilidade tendo o enfermeiro um papel fundamental na resposta às suas necessidades (Castro & Botelho, 2017).

O estágio teve como objetivo geral: **Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e legais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família.**

O objetivo geral foi operacionalizado em dois objetivos específicos, sendo o primeiro: Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica em contexto de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos. O segundo: Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica em Unidade de Cuidados Intensivos.

Um “novo começo”, foi este o sentimento pelo qual fui invadido no início do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos. Apesar do meu percurso profissional constituir-se de relevo na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família, a alteração do contexto despoletou em mim um sentimento de insegurança. Benner (2001) aclara que os enfermeiros com um elevado nível de competência em determinada área, podem voltar ao nível de iniciado, quando vivenciam uma situação desconhecida. Encontrava-me numa situação difícil e que necessitava de colmatar de forma a integrar a equipa. Collière (1999) refere que conhecer o espaço físico e relacional, as pessoas e os objetos, permite-nos ter consciência da sua simbologia, dos seus significados e dos rituais de vida. Desta forma, conhecer o espaço em que a ação ocorre é uma necessidade imprescindível, quer para os enfermeiros quer para a pessoa alvo de cuidados, facilitando a adaptação.

Assim, preocupei-me em investir na observação participativa junto da Enfermeira Orientadora e da equipa, familiarizando-me inicialmente com a estrutura física, depois com os com os equipamentos; consultei normas e protocolos do serviço; procedi à pesquisa em bases de dados científicas sobre técnicas e fármacos sobre os quais tinha menos experiência ou conhecimento. Por outro lado, disponibilizei-me, desde o início, a colaborar de forma ativa com a equipa nos cuidados de enfermagem como forma de integrar a estrutura orgânica do serviço. A minha integração decorreu de forma consideravelmente positiva. Considero que o meu manifesto interesse em presenciar as diversas situações de cuidado assim como a curiosidade de aprender com todos os profissionais, constituíram fatores facilitadores de aproximação da equipa. Destaco aqui o meritório contributo da Enfermeira Orientadora da qual senti sempre confiança na minha prática, contribuindo para o meu envolvimento na equipa, crescente autonomia e responsabilidade profissional e ética.

O estágio na Unidade de Cuidados Intensivos revelou-se também importante pela oportunidade que proporcionou de acompanhar e participar na continuidade dos cuidados no decorrer do percurso hospitalar realizado pela pessoa em situação crítica, assim como na compreensão dos diferentes momentos de transição que esta vivencia.

As pessoas em situação crítica internadas em Unidades de Cuidados Intensivos experienciam vários tipos de transição nos diversos contextos de cuidados ao longo do seu percurso hospitalar, desde a admissão até à alta: saúde-doença, desenvolvimento e contextual (Ludin, Arbon & Parker, 2013).

O início do estágio na Unidade Cuidados Intensivos foi marcante pela situação do D.M., 28 anos de idade, vítima de extensa hemorragia cerebral, submetido a craniotomia descompressiva de urgência, encontrando-se naquele momento sob terapêutica sedativa e analgésica, ventilação mecânica invasiva e drenagem ventricular externa. Uma dimensão peculiar desta situação, é que no dia anterior havia presenciado a sua admissão no serviço de Atendimento Permanente, tendo sido transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos após a abordagem emergente inicial. Como referi anteriormente, compreender e dar continuidade aos cuidados à pessoa em situação crítica foi fundamental no processo de aprendizagem.

Tive a oportunidade de ficar responsável pelos cuidados ao D.M. em conjunto com a Enfermeira Orientadora. O primeiro grande desafio foi comunicar com a pessoa consciente, intubada orotraquealmente, sob ventilação mecânica invasiva e terapêutica sedativa.

Baumgarten e Poulsen (2015), numa meta-síntese qualitativa que reuniu os resultados de estudos acerca da experiência de pessoas em situação crítica submetidas a ventilação mecânica invasiva, revela que é uma experiência que torna as pessoas absolutamente dependentes dos profissionais de saúde e que a incapacidade na comunicação é motivadora de ansiedade, medo e solidão. A intensidade com que estes sentimentos são experienciados pela pessoa depende em grande parte da capacidade e da competência dos profissionais de saúde em estar presentes. O mesmo documento reporta ainda a que as pessoas sob ventilação mecânica invasiva encontram-se vulneráveis, devendo esta situação merecer a melhor atenção das equipas de enfermagem, para que possam ajudar a pessoa no seu sofrimento.

Grossbach, Stranberg e Chlan (2011) referem que a dificuldade de comunicação entre a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos e as pessoas sob ventilação mecânica invasiva conduz a uma avaliação limitada das necessidades da pessoa. Assim, as equipas de enfermagem devem considerar a aquisição e desenvolvimento de conhecimento e competências para uma prestação de cuidados centrados na pessoa sob ventilação mecânica invasiva. Este caminho pode ser trilhado através da elaboração de planos de cuidados individualizados, do envolvimento com a família e na colaboração com

outros profissionais de saúde, com o objetivo de promover uma comunicação eficaz com pessoa sob ventilação mecânica. Dithole et al. (2016) acrescentam que a correta avaliação da pessoa sob ventilação mecânica invasiva e consequente adequação da metodologia de comunicação gera resultados positivos. Por fim, os autores referem também ser importante a frequência de programas de formação com vista à aquisição e desenvolvimento de competências comunicacionais para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Carruthers, Astin e Munro (2017), Dithole et al. (2017) e Salem e Ahmad (2018) destacam a importância da implementação de técnicas aumentativas e alternativas de comunicação nas Unidades de Cuidados Intensivos, sendo uma estratégia que contribui eficazmente para a diminuição das dificuldades na comunicação com o doente intubado orotraquealmente, resultando na diminuição da sua ansiedade. Holm et al. (2020) referem no entanto que as características da pessoa podem determinar dificuldades na utilização das técnicas aumentativas e alternativas de comunicação, pelo que deverão ser utilizados outros métodos de comunicação como o recurso perguntas de resposta sim ou não.

Karlsson, Forsberg e Bergbom (2012) estudaram a importância da comunicação verbal e não verbal dos enfermeiros na prestação de cuidados a pessoas sob ventilação mecânica invasiva. Os autores destacam a importância de estar “verdadeiramente presente”, assim como a pertinência dos enfermeiros interpretarem as expressões faciais e corporais da pessoa, considerando que estas atividades são também formas de escutar a pessoa. Os mesmos autores mencionam ainda a singular importância do toque no sentido de proporcionar conforto e demonstrar *caring*. A escuta e o toque conduzem muitas vezes a uma comunicação verbal do enfermeiro, exprimindo atenção – a atenção revela-se fundamental na demonstração de *caring*, sendo importante a adequação do tom de voz e a escolha das palavras.

Antes de iniciar qualquer procedimento, tinha a preocupação de apresentar-me ao D.M. e explicar o que ia acontecer, mantendo sempre um tom de voz calmo. Nos momentos em que pretendia realizar a avaliação da dor, pedia ao D.M. que abrisse e fechasse os olhos uma vez como resposta afirmativa e duas vezes como resposta negativa à pergunta “Tem dor?”. Relembro um momento inicial do estágio, após a realização do seu posicionamento, utilizei a estratégia mencionada, questionando o D.M. se sentia dor, ao que respondeu abrindo e fechando os olhos duas vezes. Este momento, apesar de simples, perante a complexidade da situação, foi marcante para mim, pois a comunicação estava a ser eficaz, possibilitando a avaliação das minhas intervenções.

Existiam dias em que o D.M. cooperava e respondia às perguntas que eu colocava aquando dos cuidados, outros em que permanecia obnubilado – nestes momentos a interpretação da expressão corporal constituía um desafio tendo sido muito importante o contributo da Enfermeira Orientadora para “escutar” o D.M. e adequar as intervenções.

No decorrer dos cuidados de higiene explicava cada momento do procedimento, desde os posicionamentos, a higiene oral, a aspiração de secreções orais e do tubo orotraqueal assim como o desconforto temporário que as intervenções poderiam causar. No final perguntava sempre se tinha frio, se estava confortável. O conforto do D.M. constituía o objetivo das minhas intervenções. Esta preocupação conduziu-me à obra de Katharine Kolcaba. Na sua obra, Kolcaba identifica três tipos de conforto: o alívio, no sentido de promover alívio de um determinado tipo de desconforto, como a dor ou o frio; o apoio emocional, proporcionando bem-estar e serenidade à pessoa em situações, por exemplo, de diagnóstico incerto; a transcendência através da inspiração, *strengthening* e motivação, utilizado quando as medidas médicas já não são eficazes no controlo dos sintomas. A autora define como intervenções confortadoras: intervenções *standart* destinadas a manter a homeostasia; *coaching* destinado ao controlo da ansiedade; intervenções designadas como “*comfort food for the soul*” que envolvem o toque, a música, a presença e a relação terapêutica (Kolcaba, 2003). Desta forma implementei intervenções confortadoras de promoção de alívio, como a realização de posicionamentos, a garantia de uma temperatura corporal adequada e a gestão da terapêutica farmacológica para o controlo dor.

Estive junto da família do D.M. em inúmeros momentos, presenciei a sua tristeza, a sua ansiedade e ao mesmo tempo a sua resiliência e esperança. A família questionava-me sobre a situação, alguns momentos em que as respostas eram difíceis, pois a evolução nem sempre era favorável. No sentido de desenvolver estratégias comunicacionais, estabelecer uma relação terapêutica com a família e de promover uma transição eficaz, debrucei-me sobre o tema da comunicação e da comunicação e más notícias. Nos serviços de saúde são muitas as formas de comunicação, no entanto é importante existir uma comunicação qualificada, pois é este o tipo de comunicação que pode ajudar a pessoa e a sua família a compreender as situações que podem encontrar num diagnóstico recente ou de doença crónica. A comunicação qualificada pressupõe a arte da escuta, sendo muito importante ouvir o que as pessoas têm para dizer sobre o que estão a sentir (Hollyday & Buonocore, 2015). No que concerne aos componentes de uma comunicação qualificada, Buckman (2007), destaca a comunicação não verbal, a escuta, o incentivo ao diálogo, a presença e a empatia. No que concerne a más notícias, estas podem incluir a partilha do diagnóstico de

uma doença terminal, a disponibilização de informações quando a pessoa não se encontra a melhorar, a discussão da transição de cuidados curativos para cuidados paliativos e cuidados em fim de vida ou informação do agravamento do estado de saúde de uma pessoa ou a sua morte (Warnock, 2014).

Baile et al. (2000) desenvolveram um protocolo de comunicação de más notícias assente em seis etapas: A primeira etapa, o momento de preparação, pressupõe providenciar um local adequado, com privacidade, assim como envolver as pessoas significativas e demonstrar disponibilidade para o momento; a segunda etapa envolve compreender qual a perceção da pessoa sobre a sua situação de saúde; na terceira etapa objetiva-se descobrir o que a pessoa quer saber, pois enquanto algumas pessoas desejam saber toda informação referente ao seu diagnóstico e futuro, outras preferem não o saber; a quarta etapa implica a partilha de informação de más notícias, de forma cuidadosa, com a pessoa; a quinta etapa supõe responder às emoções da pessoa, observando-as, identificando-as e procurando a sua justificação, por fim, após a pessoa a expressar as suas emoções, demonstra-se compreensão; na sexta etapa intenciona-se a edificação da estratégia para o futuro, devendo existir a preocupação se a pessoa está preparada para este momento.

Certo dia a mãe do D.M encontrava-se muito angustiada, convidei-a a vir comigo até uma pequena e acolhedora sala de espera próxima da Unidade de Cuidados Intensivos, usualmente vazia, sentámo-nos lado a lado, tentei perceber o que a angustiava, qual o seu entendimento do estado de saúde do D.M. – percebi que existia esperança de uma recuperação plena, no entanto, também a consciência de um caminho futuro difícil, irregular e demorado. Tentei perceber o que a mãe queria saber naquele momento – “Diga-me, o que gostaria de saber neste momento?”, o desejo da mãe era, como esperado, saber se o seu filho iria recuperar o seu estado de saúde. Naquele momento afirmei – “Gostaria muito de lhe dizer que sim, no entanto a situação é muito delicada, temos que dar tempo ao tempo. Perante o fâcies triste e a sua angústia procurei demonstrar a minha total compreensão, aproximei-me toquei na sua mão – “Deve ser muito difícil...”, a mãe chorosa, agarrava a minha mão de volta, tendo-se dado espaço ao silêncio – “Deve continuar sempre a visitar o seu filho todos os dias... é tão importante para ele quanto para si...”. Ao longo de todo o internamento mantive-me “verdadeiramente presente” perante esta família demonstrando empatia e acima de tudo escutando-a com compaixão. Nestes momentos foram importantes os contributos da revisão integrativa da literatura realizada aquando da elaboração da análise de conceito sobre a escuta, relembrando as palavras de Kimble (2013) a compaixão implica a capacidade de compreensão do sofrimento do outro e da sua vulnerabilidade, significa ser

humanista, paciente e estar disponível para uma interação de verdadeiro significado com a pessoa.

A equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos demonstrava-se sensibilizada pela situação deste jovem e da sua família. Ninguém era indiferente. A situação era alvo de reflexão e discussão por todos nós. A situação de doença crítica numa pessoa constitui um experiência de sofrimento partilhada pela sua família, com impacto importante na saúde e nas estratégias de coping familiar (Eggenberger & Nelms, 2007; Giles & Hall, 2014; Petrinc & Daly, 2016). As famílias esperam que as equipas de enfermagem desenvolvam uma relação que os ajude na gestão da situação tomando, estas equipas, muitas vezes decisões pelo seu familiar (White et al., 2015). Por constituir um estímulo positivo, a família permanecia na Unidade de Cuidados Intensivos por longos períodos de tempo, tendo-se construído uma relação de proximidade com a equipa de enfermagem. Tive oportunidades de intervir junto do D.M. e da sua família, estimulando, através de um tom de voz calmo e do toque a comunicação entre ambos, pedia ao D.M. que abrisse e fechasse os olhos, para responder à pergunta “Estão aqui os seus pais sabe?” ao que ele afirmava que sim. “Hoje foi um dia bom Enfermeiro Ricardo.”, disse-me a mãe nesse dia enquanto se despedia, com um olhar repleto de esperança. Existiram dias no entanto em que presenciei o inverso – perante um período de agitação do D.M. a família demonstrava-se incapaz de gerir a situação recorrendo de imediato à minha pessoa no momento de aflição. Aproximei-me e toquei na cabeça do D.M., falava com ele calmamente, tentando tranquilizá-lo, dizendo que estávamos todos ali para o ajudar, num esforço de o confortar. O D.M. ficava mais tranquilo e a sua família também. A evidência demonstra que a relação entre as equipas de enfermagem e a família é fundamental na gestão da doença crítica pela família (Nelms & Eggenberger, 2010).

Algumas semanas mais tarde a família solicitou a transferência para um hospital do Serviço Nacional de Saúde. Recordo esse dia, havia um sentimento de perda em todos nós, equipa de enfermagem, se alguns afirmavam que numa unidade especializada em cuidados à pessoa em situação neuro-crítica talvez existisse algo mais a oferecer, eu, entre outros temíamos que o possível afastamento da família dado ao contexto pandémico poderia constituir um fator de regressão no estado do D.M. Fiquei muito sensibilizado quando, num dos últimos dias, a família me abordou para agradecer por todo o cuidado que havia tido para com o D.M. Foi um momento que irei guardar sempre na minha memória.

Durante um grande período do internamento o D.M. encontrou-se sob drenagem ventricular externa. O pouco conhecimento relativamente a esta técnica suscitou a minha

atenção e interesse, pelo que se tornou um tema sobre qual realizei uma pesquisa bibliográfica importante.

A drenagem ventricular externa é um dos procedimentos mais comuns em neurocirurgia, sendo utilizada para controlar a hidrocefalia associada a tumores ou a hemorragia subaracnoideia, assim como para monitorizar a pressão intracraniana em pessoas em sofreram traumatismo craniano severo (Hepburn-Smith et al., 2016; Korinek et al., 2005; Liu et al., 2020; Muralidharan, 2015; Williamson et al., 2014).

Os cateteres para drenagem ventricular externa constituem um método fiável para a monitorização e controlo da pressão intracraniana elevada secundária a hidrocefalia oclusiva (Beer et al., 2008). Com a drenagem ventricular externa é possível realizar a drenagem de líquido cefalorraquidiano controlando desta forma a elevação da pressão intracraniana (Korinek et al., 2005).

Os cuidados de manutenção, o despiste e a monitorização das complicações associadas à drenagem ventricular externa constituem uma responsabilidade da enfermagem (Korinek et al., 2005). Numa scoping review realizada por Sakamoto et al. (2021), com o objetivo de mapear a evidência disponível sobre cuidados de enfermagem dirigidos a pessoas adultas com drenagem ventricular externa, foram identificadas vinte e duas intervenções de enfermagem, distribuídas em nove categorias: posicionamento da cabeça; posicionamento do sistema de drenagem da drenagem ventricular externa; realização do penso; cuidados relacionados com o saco coletor do sistema de drenagem ventricular externa e com o cateter; cuidados com o líquido cefalorraquidiano; avaliação da pressão intracraniana; administração de terapêutica pelo cateter; colheita de líquido cefalorraquidiano; mobilização de pessoas com drenagem ventricular externa.

Percebi, em discussão com a equipa, que a drenagem ventricular externa era um tema que carecia de formação. Constatei que alguns enfermeiros não se sentiam confortáveis com a técnica. Naquele momento a equipa de enfermagem encontrava-se num período de mudança, com um considerável número de elementos recém-chegados, alguns com pouca experiência em cuidados de enfermagem no âmbito da neurocirurgia, tendo constatado também alguns mitos infundados referentes à técnica.

Desta forma elaborei uma sessão de formação acerca da drenagem ventricular externa (APÊNDICE I) em que abordei o conceito, a sua utilização, o procedimento de colocação do cateter intraventricular, as complicações, os cuidados de enfermagem, a correta avaliação da pressão intracraniana e ainda os cuidados na mobilização da pessoa com

drenagem ventricular e externa e o transporte intra-hospitalar destas pessoas em situação crítica.

A sessão foi realizada em dois momentos, em dias distintos, perante a equipa médica e de enfermagem com uma fantástica adesão, tendo gerado uma produtiva discussão e sido considerada por todos como uma formação útil para a prática dos cuidados.

Foi importante para mim a oportunidade de aprofundar um tema e realizar a sua apresentação formal perante a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos, tendo desempenhado um papel ativo na melhoria da prática dos cuidados. Foi motivador quando, nos dias seguintes, os colegas se dirigiam a mim para validar o correto posicionamento da drenagem ventricular externa numa pessoa naquele momento internada. Esta minha contribuição fez-me sentir ainda mais parte integrante daquela equipa.

Outra situação de cuidados que considerei desafiante no decorrer minha permanência na Unidade de Cuidados Intensivos foi o contexto pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, tendo tido oportunidade de prestar cuidados a estas pessoas em diversos momentos. Os cuidados durante o pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca são desafiadores para as equipas de enfermagem das Unidades de Cuidados Intensivos. A pessoa submetida a cirurgia cardíaca pode incorrer em múltiplos eventos adversos, relacionados não apenas com a sua condição pré-operatória, mas também com o procedimento cirúrgico e anestésico em si. É importante que as equipas de enfermagem dominem o conhecimento, assim como as práticas de cuidado diferenciadas com o fim último de obter *outcomes* positivos. Enquanto membros de uma equipa multidisciplinar, os enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos desempenham um papel fundamental na sobrevivência e na promoção da qualidade de vida das pessoas submetidas a cirurgia cardíaca (Hardin & Kaplow, 2020).

A cirurgia cardíaca é uma especialidade de relevo no Hospital onde realizei o estágio. Os dias em que é realizada cirurgia cardíaca são dias de grande azáfama na Unidade de Cuidados Intensivos, exigindo uma importante estruturação e preparação da equipa para acolher a pessoa proveniente do Bloco Operatório. No decorrer do estágio tive oportunidade de ficar responsável pela pessoa em contexto pós-operatório de cirurgia cardíaca, nomeadamente situações cirúrgicas das artérias coronárias, das válvulas coronárias e da artéria aorta.

O momento de acolhimento da pessoa precedente do Bloco Operatório é um momento gerador de grande stress na equipa. A pessoa é transferida ainda sob ventilação mecânica invasiva, porta cateter venoso central, linha arterial, pacemaker externo, drenos

torácicos (pericárdicos e pleurais), assim como múltiplos protocolos terapêuticos complexos em curso, como terapêutica sedativa, analgésica, vasopressora, vasodilatadora e ocasionalmente hemoterapia. No decorrer da transferência a pessoa é acompanhada pela equipa de enfermagem e médica do Bloco Operatório. Naquele momento a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos ocupa posições como a gestão da via aérea, e a gestão dos protocolos terapêuticos, enquanto o elemento que ficará responsável pela pessoa recebe a informação de enfermagem e médica. Nas diversas situações em que tive oportunidade participar no acolhimento da pessoa, desempenhei os vários papéis, inicialmente tive oportunidade de cooperar na gestão dos protocolos terapêuticos, verificando as diversas perfusões e dosagens em curso, procedi à otimização do cateter venoso central, assim como da linha arterial. Tive igualmente oportunidade de assegurar a permeabilidade da via aérea durante a transferência, verificando o nível do tubo orotraqueal, assegurando-me não se deslocava, averiguando posteriormente se o *cuff* se encontrava suficientemente insuflado para depois proceder ao recomeço da ventilação mecânica invasiva, colaborando com a equipa médica na configuração do modo e parâmetros ventilatórios. Por fim, enquanto responsável pela pessoa, recebi a informação da equipa médica e de enfermagem, procedendo à avaliação inicial da pessoa e elaborando o plano de cuidados, identificando as necessidades da pessoa, formulando os diagnósticos de enfermagem e implementando intervenções. Inicialmente a necessidade primordial da pessoa é a homeostasia, a estabilidade hemodinâmica assim como a permeabilidade dos drenos torácicos, desta forma implementei como diagnósticos de enfermagem “Processo do sistema circulatório comprometido” e “Perda sanguínea em moderada quantidade”. No que concerne a intervenções defini a monitorização hemodinâmica e do estado de consciência continuamente, assim como a optimização dos drenos torácicos, alertando a equipa médica perante a drenagem de volumes de conteúdo hemático relevantes. Neste momento formulei também o diagnóstico de enfermagem “Dor presente”, delineando como intervenção a gestão da dor. A avaliação da dor em pessoas sob ventilação mecânica invasiva e terapêutica sedativa e analgésica constituiu um desafio que motivou a pesquisa bibliográfica.

A avaliação da dor na pessoa em situação crítica é desafio diário para as equipas de enfermagem (Gélinas, 2016). A literatura revela que mais de trinta por cento dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos têm dor (Chanques et al., 2007) e que esta percentagem excede os cinquenta por cento no decorrer de procedimentos invasivos (Gélinas, 2007; Puntillo et al., 2014). As equipas de enfermagem enfrentam numerosos desafios na avaliação da dor devido a uma multiplicidade de fatores como alteração do estado

de consciência, a sedação e a ventilação mecânica invasiva. A avaliação errada da dor determina cuidados inadequados à pessoa em situação crítica (Pasero et al., 2009). A circular normativa número 9 de 2003 publicada pela Direção-Geral da Saúde, juntamente com a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, define a dor como quinto sinal vital. A dor é um sintoma que acompanha de forma transversal a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, sendo o seu controlo eficaz um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde. Assim, o mesmo documento determina que a avaliação e registo da intensidade da dor pelos profissionais de saúde tem que ser realizada de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida da pessoa (Direção-Geral da Saúde, 2003a). Neste sentido Barr et al. (2013), defende que a dor deve ser monitorizada rotineiramente em todas as Unidades de Cuidados Intensivos de adultos. A *American Society for Pain Management Nursing* elaborou uma abordagem em 4 passos para a avaliação da dor: tentar sempre obter a avaliação da dor da própria pessoa; utilizar uma escala validada de avaliação comportamental da dor ou procurar alterações comportamentais; questionar a família ou cuidador acerca dos comportamentos da pessoa aquando dor; administrar terapêutica analgésica quando suspeição de dor e realizar nova avaliação posteriormente (Herr, 2011). Quando não é possível obter a avaliação da dor pela própria pessoa deverão ser então utilizadas escalas comportamentais de avaliação da dor como a *Behavioural Pain Scale*, sendo que esta se baseia em 3 indicadores – movimentos durante os procedimentos, expressão facial e adesão à ventilação mecânica (Payen et al., 2001). No decorrer dos cuidados utilizei adequadamente a *Behavioural Pain Scale*, assim como geri a perfusão analgésica quando o *score* determinava o seu incremento ou pelo contrário o seu decréscimo.

Também a avaliação do estado de consciência na pessoa sob ventilação mecânica invasiva e terapêutica sedativa constituiu uma situação desafiante. A utilização de terapêutica sedativa é amplamente utilizada na Unidade de Cuidados Intensivos, desta forma deverá ser realizada uma correta avaliação da sedação, assim como da agitação para uma eficaz titulação da terapêutica e consequente avaliação do resultado no comportamento (Sessler et al., 2002). Neste sentido uma equipa multidisciplinar dedicou-se à construção e validação da *Richmond Agitation Sedation Scale* enquanto ferramenta para avaliação do estado de consciência e de agitação e posterior adequação da terapêutica sedativa em pessoas em situação crítica internadas na Unidade de Cuidados Intensivos. Desta forma uniformizou-

se também a linguagem entre os profissionais da equipa multidisciplinar. A *Richmond Agitation Sedation Scale* envolve a seleção de apenas um item numérico e é aplicada em 30 a 60 segundos através de três etapas sequenciais: observação, resposta a estímulos auditivos e resposta a estimulação física (Sessler et al., 2002). Rashidi et al. (2020) acrescentam que os distúrbios da ansiedade assim como a agitação e o delirium são constatáveis em muitas pessoas internadas na Unidade de Cuidados Intensivos, pelo que o objetivo da sedação é manter a pessoa calma e facilmente despertável. A *Richmond Agitation Sedation Scale* tem a vantagem de proporcionar a titulação da terapêutica sedativa ao longo de múltiplos dias, sendo que a utilização desta escala permite atingir e manter uma dosagem mínima de sedação, contribuindo para a diminuição do risco para a pessoa. O autor refere que os enfermeiros detêm um papel fundamental na avaliação da sedação e da agitação, dado a sua proximidade e comunicação com a pessoa.

Recordo a situação do Sr. M.N., submetido a cirurgia valvular aórtica e reconstrução da artéria aorta em que, algumas horas após a sua admissão na Unidade de Cuidados Intensivos, no momento em que atingiu a estabilidade hemodinâmica, por indicação médica, ajustei a terapêutica sedativa para obter um nível de sedação/agitação calmo na *Richmond Agitation Sedation Scale*, alterei os parâmetros ventilatórios para pressão de suporte e retirei o tubo orotraqueal com a supervisão da Enfermeira Orientadora, administrando oxigenoterapia por máscara até que o Sr. M.N. se apresentasse calmo e estável hemodinamicamente. Naquele momento, coloquei a mão no peito do Sr. M.N., enquanto num tom de voz calmo pedia para que inspirasse e expirasse calmamente, informando-o que já havia sido operado e que se encontrava bem, tentando diminuir a sua ansiedade. No mesmo sentido, posteriormente, quando me pretendia afastar da unidade do Sr. M.N., disponibilizava a minha presença sempre que necessário. A extubação orotraqueal da pessoa em situação crítica é sem dúvida um ato que requer um amplo conhecimento científico e competências especializadas, sendo fundamental a implementação de intervenções de enfermagem autónomas com o objetivo de promover o conforto da pessoa, diminuindo a sua ansiedade. Mais tarde revi o plano de cuidados, visto o Sr. M.N. já não se encontrar sob terapêutica sedativa, com foco assertivo em estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, como o ato de abraçar uma almofada aquando momentos de tosse ou de esforço, para um maior conforto.

No dia seguinte, vinte e quatro horas depois da cirurgia, colaborei com a equipa médica na remoção dos drenos torácicos e quarenta e oito horas depois da cirurgia retirei a

drenagem vesical e colaborei com o Sr. M.N. no seu primeiro levante para cadeirão, tendo sempre presentes medidas não farmacológicas para o controlo da dor.

Relembro outra situação de uma pessoa em contexto pós-operatório de cirurgia cardíaca. No decorrer da passagem de ocorrências, as enfermeiras referiram a necessidade de contenção física e química do Sr. A.G. pois encontrava-se extremamente agitado no momento de acolhimento na Unidade de Cuidados Intensivos. Passado algum tempo constatei essa agitação. Tratava-se de uma pessoa na faixa etária dos 80 anos de idade, pela minha experiência profissional, estaria a presenciar uma situação de delirium. Apresentava uma força sobre-humana e uma agitação psicomotora que colocava em risco a exteriorização dos múltiplos dispositivos invasivos, entre eles o tubo orotraqueal, num risco severo de compromisso da sua segurança.

O delirium é um síndrome neuropsiquiátrico agudo, caracterizado por um início súbito e uma progressão flutuante, desatenção, alteração do estado de consciência e descoordenação cognitiva (American Psychiatric Association, 2013). Constitui uma atual preocupação no que concerne à segurança da pessoa hospitalizada e é muito frequente na pessoa internada em Unidades de Cuidados Intensivos, onde 80% das pessoas em situação crítica podem desenvolver delirium (Vasilevskis et al., 2012).

Um estudo conduzido por Habeeb-Allah e Alshraideh (2021) referente á incidência e fatores associados ao delirium no pós-operatório de cirurgia cardíaca na Jordânia documentou a associação do delirium com diversos *outcomes* negativos, incluindo a extensão do tempo de ventilação mecânica invasiva, tempo de internamento mais prolongado na Unidade de Cuidados Intensivos e um tempo de hospitalização também mais prolongado.

No que concerne a intervenções não farmacológicas na prevenção e tratamento do delirium, Martinez et al. (2014), elaboraram um estudo referente à utilização de intervenções não farmacológicas de âmbito multidisciplinar na prevenção do delirium, concluindo que estas são eficazes na redução da sua incidência assim como na redução de quedas no hospital, defendendo que devem ser implementadas como cuidados *standard* na população mais idosa, mais susceptível de desenvolver delirium.

O *National Institute for Health and Care Excellence* britânico na sua *guideline* relativa à prevenção, diagnóstico e tratamento do delirium descreve como intervenções para prevenção do delirium a avaliação nas primeiras vinte e quatro horas de internamento das pessoas com antecedentes pessoais susceptíveis de incorrer em delirium e a aplicação de intervenções de âmbito multidisciplinar como: proporcionar orientação para a realidade;

assegurar uma hidratação adequada; assegurar uma oxigenação adequada; despistar infecções; encorajar ao exercício físico; controlar a dor; rever adequadamente a terapêutica medicamentosa do ambulatório; avaliar o estado nutricional; avaliar limitações sensitivas e promover um padrão de sono adequado (National Institute for Health and Care, 2019). Relativamente a intervenções para a gestão de situações de delírio, a mesma organização destaca: identificar possíveis causas, assegurar uma comunicação eficaz, orientar a pessoa para a realidade e considerar envolver a família.

Naquele momento de agitação, tentei orientar a pessoa para a realidade, dizendo que estava no hospital, que já havia sido operado, que podia estar tranquilo, contudo sem resultado. O estado de agitação era gravoso, comprometia a sua segurança, pelo que foi necessário recorrer a medidas farmacológicas. Mais tarde o filho telefonou para a Unidade de Cuidados Intensivos, questionando como estava o seu pai. Tranquilei-o dizendo que a cirurgia havia sido um sucesso e que o pai naquele momento se encontrava estável, no entanto havia incorrido em alguns períodos de agitação, situação possível de acontecer nestes contextos e que seria importante que o viesse visitar, pois a presença da família revela-se importante nestas situações. Agilizei perante a chefe de equipa a possibilidade visita do filho fora do período definido. Quando o filho se aproximou o pai reconheceu-o de imediato, com um olhar profundamente expressivo. O filho disse ao pai que tinha de ter calma, e que estavam ali pessoas para o ajudar. O pai ficou mais tranquilo. O filho agradeceu e pediu desculpa pelo pai, eu respondi que tal não era necessário, e que a sua presença tinha sido deveras importante. Acreditei, naquele momento ter realizado uma intervenção fundamental no processo de transição para ambos, tanto para o Sr. A.G. como para a sua família. Os enfermeiros detêm um papel fundamental como cuidadores das pessoas a atravessar processos de transição e das suas famílias, pois estão presentes quando emergem as alterações e as necessidades decorrentes do processo de transição (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

Pouco tempo depois, o Sr. A.G. encontrava-se mais desperto e calmo, suspendeu-se totalmente a terapêutica sedativa, tendo sido possível proceder à retirada do tubo orotraqueal em segurança.

O contexto pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca motivou tanto o meu interesse pelo que não poderia deixar passar a possibilidade de conhecer o momento intra-operatório. Assim, propus-me perante a equipa de enfermagem do Bloco Operatório a presenciar e colaborar nos cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca no contexto intra-operatório. Desta forma, tive oportunidade de permanecer no Bloco Operatório durante 8

horas, tendo sido possível observar o ato cirúrgico cardíaco e a circunstância de cuidados envolvente. Ao longo do meu percurso profissional, nunca havia sentido curiosidade pelo serviço de Bloco Operatório, no entanto este ciclo de estudos revelou-se mais uma vez importante na perspectiva de novos horizontes pois, tal como referi no início, permanecer continuamente na nossa zona de conforto é apenas limitante. Participar nos cuidados no momento intra-operatório, presenciando o processo de transição contextual da pessoa em situação crítica no seu percurso hospitalar, constituiu-se como um momento muito enriquecedor.

A preparação da sala de cirurgia cardíaca começa muitas horas antes da cirurgia, sendo responsabilidade da equipa de enfermagem a preparação da sala, do material, dos instrumentos e dos equipamentos para o ato cirúrgico. Tive oportunidade de presenciar a enfermeira instrumentista e a enfermeira circulante a prepararem e a organizarem rigorosamente todo o instrumental, assim como foi possível colaborar com o enfermeiro de anestesia na verificação do ventilador, na preparação de material para intubação orotraqueal, colocação de linha arterial e cateter venoso central, tendo tido ainda oportunidade de observar o perfusionista na preparação do circuito de circulação extracorporeal. Posteriormente, o enfermeiro circulante e o enfermeiro de anestesia deslocam-se ao *transfer* do Bloco Operatório, para um dos momentos que considerei de maior relevância no decorrer dos procedimentos, o acolhimento. A pessoa é transferida para a mesa operatória sendo confortada com um lençol quente, uma intervenção fundamental perante alguém que se encontra ansioso e confrontado com um ambiente inóspito e gélido, absolutamente definidor do diagnóstico de enfermagem, “Conforto comprometido”. Esta atividade é uma intervenção de enfermagem comumente utilizada para reduzir o desconforto da pessoa. O resultado obtido pela intervenção é facilmente reconhecido pelo enfermeiro pela observável redução da ansiedade da pessoa (Wagner, Byrne & Kolcaba, 2006). Wilson e Kolcaba (2004) identificaram esta intervenção promotora do conforto como preventiva de complicações nos momentos finais do cuidado perioperatório, devendo ser utilizada para manter o estado de homeostasia da pessoa. No mesmo momento os enfermeiros apresentam-se à pessoa, referindo que irão estar presentes no decorrer da cirurgia, outra intervenção que identifiquei como confortadora transmitindo um sentimento verdadeiro de que a pessoa não irá ficar sozinha em momento algum. Relembro o tom dócil de voz da enfermeira circulante que, enquanto se apresentava, tocava na pessoa fragilizada – gestos e palavras simples, mas tão intencionais e confortadores. As estratégias adequadas são as que são realizadas de forma consciente e intencional, que permitem responder às necessidades de cada pessoa,

contribuindo ao mesmo tempo para a humanização e melhoria da prática de cuidados (Sousa, 2020). Também tive oportunidade de me apresentar, dizendo que era apenas um mero observador, “um intruso” disse, trazendo um pouco de humor ao momento, referindo que nos iríamos encontrar mais tarde na Unidade de Cuidados Intensivos, obtive um sorriso e um sincero obrigado.

A pessoa em situação crítica vivencia múltiplas transições ao atravessar os diversos níveis de cuidados num hospital. As transições revelam-se um desafio perene para a pessoa, para a família e para os profissionais de saúde (Chaboyer, James & Kendall, 2005). Neste sentido Meleis et al. (2000) afirmam como fundamental a presença e intervenção do enfermeiro nos momentos de instabilidade transicional. Posteriormente transferimos a pessoa para a sala de operações, neste momento colaborei com o enfermeiro de anestesia informando e explicando os procedimentos que iriam acontecer até ao ato cirúrgico, como a punção venosa periférica, a colocação de linha arterial e cateter venoso central. Considerei fundamentais estas informações com o propósito de serenar a pessoa da ansiedade que a assola naquele momento.

No decorrer do ato cirúrgico, relembro a preocupação da equipa multidisciplinar com a segurança da pessoa. Segundo a *World Health Organization* (2009) as complicações cirúrgicas são uma das principais causas de morte no mundo. Na manifesta prevenção de complicações comprometedoras, é utilizada no decorrer da cirurgia a lista de verificação da segurança cirúrgica da *World Health Organization*, preconizada nas etapas *Sign in, Time out, Sign out* (ANEXO I). Este momento levou-me a refletir sobre a importância do enfermeiro especialista na promoção da segurança da pessoa. A Joint Commission International (n.d.), instituição reconhecida como líder na acreditação de entidades prestadoras de cuidados de saúde, realizando uma avaliação incisiva da qualidade dos cuidados e segurança, constituiu 6 metas de segurança da pessoa: a primeira relativa à identificação inequívoca da pessoa, a segunda referente à comunicação eficaz, a terceira respeitante à identificação da medicação de alto risco, a quarta (onde se insere este momento cirúrgico) visa assegurar uma cirurgia segura, a quinta reporta à redução das infeções associadas ao cuidados de saúde e por fim a sexta meta que visa promover a redução do risco de queda das pessoas.

O enfermeiro especialista, como disposto no artigo 6.º, do Regulamento n.º 140/2019 “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, adquire competências na melhoria contínua da qualidade, como a garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação

clínica, o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e na garantia de um ambiente terapêutico e seguro. Neste sentido, num momento posterior, na Unidade de Cuidados Intensivos, discuti informalmente com a Enfermeira Orientadora e com alguns membros da equipa de enfermagem, qual a pertinência de instituir naquele serviço, *checklists* que garantissem procedimentos cirúrgicos seguros, assim como procedimentos invasivos seguros, tendo sido considerada uma ideia relevante, possível de ser trabalhada e a instituir num futuro organizacional próximo.

No final da cirurgia, a Unidade de Cuidados Intensivos é avisada da transferência da pessoa, estando tudo previamente preparado para acolher a pessoa, como referi anteriormente neste percurso reflexivo. Foi muito importante, enquanto experiência de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, a prestação de cuidados à pessoa em situação pós-operatória de cirurgia cardíaca, assim como foi importante a observação e participação no período intra-operatório como momento precedente para a compreensão plena do percurso e das múltiplas transições que a pessoa em situação crítica vivencia, bem como das intervenções de enfermagem implementadas em cada momento. No decorrer do período pós-operatório, ao longo de setenta e duas horas de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, é possível utilizar um amplo e vasto repertório de conhecimentos, assim como de técnicas e intervenções de enfermagem especializadas. A transição saúde-doença eficaz da pessoa e família, desde as primeiras horas após a cirurgia até à realização do levante e progressiva aquisição de autonomia é fortemente motivadora e confortadora para o enfermeiro, contribuindo para um notável sentimento de sucesso e de bem-estar profissional.

A oportunidade de prestar cuidados em múltiplas situações de pós-operatório de cirurgia cardíaca levou-me a refletir em particular sobre a importância da comunicação, em particular nos momentos de stress vivenciados aquando o acolhimento da pessoa na Unidade de Cuidados Intensivos. Em ambientes de cuidados diferenciados como a Unidade de Cuidados Intensivos e o Bloco Operatório, é vital a presença de profissionais de saúde que, para além de capacidades técnicas individuais marcantes, possuam a capacidade de trabalhar em equipa, pois é nos serviços desta tipologia que as taxas de erro com consequências severas são mais elevadas (Drews et al., 2007; The Josiah Macy Jr. Foundation, 2010). Em ambientes de tão elevado risco, uma comunicação eficaz é fundamental, uma vez que o erro pode conduzir ao comprometimento do trabalho em equipa e consequentemente a resultados pobres ou potencialmente catastróficos em saúde (Drews et al., 2007; Henneman et al., 2006). As competências que contribuem para um trabalho de equipa zeloso são a liderança,

o suporte mútuo, a constante monitorização das situações e a comunicação eficaz (Baker et al., 2011). No que concerne à comunicação eficaz, esta pressupõe a utilização de uma linguagem objetiva, de um terminologia adequada, bem como a utilização de processos estruturados ou ferramentas caso estas existam, assim como a prática de uma comunicação em circuito fechado (Baker et al., 2011; Gluyas, 2015; Gluyas & Morrison, 2013; Miller, Riley & Davis, 2009). No decorrer da minha prática, e em particular em momentos de stress, tentei sempre privilegiar linguagem objetiva, clara e em circuito fechado para que não existisse compromisso da segurança da pessoa.

Outra pessoa a quem tive oportunidade de prestar cuidados no decorrer do estágio e cuja situação me sensibilizou foi a Sra. D.O., uma senhora, na faixa etária dos 60 anos de idade, internada na Unidade de Cuidados Intensivos por motivo de um tromboembolismo pulmonar extenso. Inicialmente sob trombólise intra-arterial e sistémica, incorreu no agravamento do estado com necessidade ventilação mecânica invasiva e início de oxigenação por membrana extracorporal. Era uma senhora obesa, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial entre outras comorbilidades que acresciam dificuldades na evolução da sua situação clínica. A Sra. D.O. apresentava sempre um olhar dócil, e, apesar da situação que vivenciava a colocasse numa posição de extrema vulnerabilidade, foi uma pessoa que mesmo em dias mais difíceis, em momento algum perdeu a esperança de dias melhores, reunindo assim condições pessoais facilitadoras do processo de transição. Recordo-me que a família esteve sempre muito presente durante o internamento. No decorrer dos cuidados à Sra. D.O. a família foi um tema que abordei, enquanto intervenção confortadora. Aparentava ser uma família unida e esse sentimento apreendia a minha atenção – falávamos dos filhos, do seu percurso, eu perguntava se ainda estudavam ou se já trabalhavam, se namoravam, se já eram casados... Por outro lado, tentava também compreender a sua proximidade com a Sra. D.O., seriam bastante próximos. Entendi também, no decorrer dos vários momentos que o seu marido era muito próximo e cuidadoso com a Sra. D.O. O meu interesse na situação da Sra. D.O. e na sua dinâmica familiar era verdadeiro e genuíno e a Sra. D.O. compreendia isso, tendo-se constituído uma relação terapêutica importante para ambos. Ressalto aqui a importância da escuta enquanto elemento integrante do cuidado de enfermagem, igualmente importante para a pessoa e para o profissional de saúde (Browning & Waite, 2010). Tive oportunidade de estar junto da família em diversos momentos, existindo um sentimento não de esperança, como na Sra. D.O., mas de apreensão, de receio, de medo. Em diversos momentos intervi junto da família, tentando promover conforto psico-espiritual e acima de tudo, esperança. “Há momentos em temos de viver um dia de cada vez, por vezes uma hora

de cada vez e até, em algumas situações, um minuto de cada vez...” foi uma frase que utilizei em determinado momento, o marido da Sra. D.O. assentiu, colocando-me a mão sobre ombro. Tentei sempre promover o envolvimento da família, pois tal como a pessoa, também a família se encontra num processo de transição. McKiernan e McCarthy (2010) referem que é definitivamente importante que os enfermeiros em Unidades de Cuidados Intensivos se preocupem em prestar cuidados de forma holística, o que requer uma maior interação entre o enfermeiro e a família da pessoa no decorrer dos múltiplos processos de transição.

Recordo os dias em que a situação da Sra. D.O. se agravou, e se procedeu à intubação orotraqueal, ventilação mecânica invasiva e posteriormente a introdução de oxigenação por membrana extracorporal. A oportunidade de prestar cuidados especializados à pessoa sob oxigenação por membrana extracorporal foi fundamental na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas. A oxigenação por membrana extracorporal é um recurso utilizado em contexto de falência cardíaca ou pulmonar quando as medidas convencionais se tornam limitadas no suporte vital. A oxigenação por membrana extracorporal não constitui uma resolução permanente para o problema identificado, é na verdade utilizada como uma medida temporária de suporte, permitindo que os pulmões e o coração recuperem. Pode também ser utilizada como ponte para uma solução permanente como dispositivos de assistência ventricular esquerda ou até o transplante pulmonar e cardíaco. Existem dois tipos de oxigenação por membrana extracorporal, o venovenoso utilizado em pessoas em situação de degradação da função pulmonar, em que a ventilação mecânica invasiva já não é suficiente para manter as trocas gasosas, e venoarterial que suporta ambas as funções cardíaca e respiratória, utilizado frequentemente em pessoas em situação de choque cardiogênico, situações de cirurgia cardíaca em que existe dificuldade no desmame do *bypass* cardiopulmonar e como ponte para situações permanentes de assistência ventricular esquerda (Brogan, 2019; Calhoun, 2018; Mossadegh & Combes, 2017). Na situação da Sra. .. foi utilizada a oxigenação extracorporal venovenosa. Nesta situação é extraído sangue da veia cava inferior, percorrendo um circuito onde o dióxido de carbono é removido, o sangue é oxigenado e regressa finalmente ao sistema venoso. Os acessos utilizados para a canulação são geralmente a veia jugular interna/veia femoral, veia femoral/veia femoral ou na veia cava superior/veia cava inferior através de um cateter de duplo lúmen inserido na jugular interna (Calhoun, 2018). Na situação da Sra. D.O. a canulação foi realizada nas veias femorais.

A pessoa em situação crítica sob oxigenação por membrana extracorporal exige cuidados de enfermagem diferenciados e altamente especializados. No decorrer da prestação de cuidados à Sra. D.O. verifiquei se a estabilidade hemodinâmica estava preservada, dado

que se encontrava sob terapêutica sedativa e analgésica e ventilação mecânica invasiva; avaliei as escalas de *Richmond Agitation Sedation Scale e Behavioural Pain Scale* em vários momentos, ajustando as perfusões terapêuticas consonantemente com os *scores* obtidos; avaliei continuamente os membros inferiores, pesquisando sinais de compromisso neurocirculatório. Tive oportunidade de realizar a avaliação integral do circuito, verificando se este se encontrava permeável, as conexões bem adaptadas, atentando particularmente na membrana do circuito, visualizando se existiam coágulos ou depósitos de fibrina que determinassem a sua substituição. Realizei colheita de sangue para o estudo da coagulação em diversos momentos, de acordo com protocolo do serviço. O estudo da coagulação é um parâmetro de controlo rigoroso em pessoas sob oxigenação por membrana extracorporeal, dado à perfusão contínua de terapêutica anticoagulante. Procedi aos cuidados de higiene em cooperação com a Enfermeira Orientadora e com o apoio de dois auxiliares de ação médica na concretização dos posicionamentos em segurança, prevenindo complicações severas como a descanulação acidental (Calhoun, 2018; Mossadegh & Combes, 2017). Após os cuidados de higiene realizava os pensos aos locais de inserção das cânulas avaliando sinais inflamatórios, dado que as cânulas como qualquer outro dispositivo médico inserido na pessoa poderão gerar um foco de infecção, agravado pelo seu largo diâmetro, além de poderem provocar lesões por pressão (Mossadegh & Combes, 2017).

Em determinados momentos no decorrer do internamento da Sra. D.O, ocorreu o agravamento da função renal, com necessidade de início de técnica de substituição da mesma. A indicação para início de técnica de substituição da função renal na Unidade de Cuidados Intensivos tem em conta a evolução da lesão renal e as alterações hemodinâmicas, nomeadamente a hipotensão (Chrysochoou et al., 2008). Constituem indicações para início de técnica de substituição da função renal anúria ou oligúria, hipercalemiemia, valor da creatinina superior a 350mmol/L, valor da ureia superior a 30mmol/L, disnatremia, acidose metabólica severa, encefalopatia urémica progressiva ou neuropatia com valor de urémia superior a 20mmol/L, mioglobulinúria severa, toxina dialisável, metabólito de drogas ilícitas após *overdose* e hipertermia. Os tipos mais comuns de técnica de substituição renal são a hemodiálise intermitente e a técnica de substituição contínua da função renal na qual se incluem a hemofiltração venovenosa contínua, hemodiálise venovenosa contínua e a ultrafiltração contínua lenta (Faber & Klein, 2009). Na situação da Sra. D.O. tive oportunidade de programar o sistema, preparar o circuito, realizar a conexão à pessoa e dar início à técnica sob rigorosa vigilância dos parâmetros hemodinâmicos e analíticos. A concretização destas intervenções apenas foi possível dado à disponibilidade da Enfermeira

Orientadora, assim como toda a equipa de enfermagem, tendo sido uma situação complexa e um enorme desafio de aprendizagem.

Perante o agravamento, à medida que se progredia na instituição de técnicas, o meu pensamento encontrava-se na família, como iria reagir perante a situação? Relembro os filhos junto da mãe, enquanto o pai falava com a equipa médica, pareciam assustados com toda a parafernália tecnológica. Desloquei-me junto deles, disponibilizei dois bancos para que se pudessem sentar próximos da mãe, disse-lhes que podiam tocar e falar com a mãe e era importante a mãe saber que a família estava ali. No regresso, o olhar do marido estava absolutamente entristecido, disponibilizei a minha presença e afastei-me tendo deixado a família reunida. O silêncio é um importante componente da escuta (Shipley, 2010). O cuidado das famílias é em alguns momentos difícil, no entanto é fundamental (Ludin, Arbon & Parker, 2013). Desta forma, cuidar da família é mais do que a ampliação da esfera de intervenção da enfermagem, é o desenvolvimento essencial de um cuidado holístico (Ordem dos Enfermeiros, 2002a).

A situação da Sra. D.O. evoluiu favoravelmente nos dias seguintes, tendo sido suspensa a oxigenação por membrana extracorporal, posteriormente a ventilação mecânica invasiva e a técnica de substituição da função renal. Os diversos momentos de transição que a pessoa em situação crítica atravessa no caminho para a recuperação constituem desafios para a própria, para a família e a para os profissionais de saúde (Chaboyer, James & Kendall, 2005).

Esta situação de cuidado, levou-me a visitar o trabalho de Rozzano Locsin que afirma que quando o enfermeiro alia a competência tecnológica ao cuidado, a pessoa é compreendida na sua unicidade, conceito primordial do processo de enfermagem (Locsin, 2001).

O Regulamento n.º 429/2018 (2018) define como competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica. No sentido de desenvolvimento desta competência foi possível colaborar com a Enfermeira Orientadora enquanto elo de ligação da Unidade de Cuidados Intensivos com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos. A infeção associada aos cuidados de saúde é uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (Direção-Geral da Saúde, 2007). O mesmo documento afirma que de acordo com a *World*

Health Organization, uma em cada quatro pessoas internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos tem risco aumentado de adquirir uma infeção associada aos cuidados de saúde, podendo esta estimativa duplicar nos países subdesenvolvidos. A Direção-Geral de Saúde define como precauções básicas do controlo de infeção: a correta alocação das pessoas, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamento de proteção individual, a descontaminação do equipamento clínico e o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa e recolha segura de resíduos, a prática segura na preparação e administração de injetáveis e a exposição a agentes microbianos no trabalho (Direção-Geral da Saúde, 2013). Assim, em conjunto com a Enfermeira Orientadora realizei processos de auditoria interna no que se refere à higiene das mãos e utilização de equipamentos de proteção individual, perante a equipa de enfermagem e médica, assim como perante técnicos de diagnóstico e terapêutica, tendo tido oportunidade de intervir informalmente perante as equipas na correta adoção destas precauções.

Os cuidados de enfermagem na intubação orotraqueal e na ventilação mecânica invasiva constituíram uma área de importante investimento no decorrer do estágio. A pneumonia associada à intubação é uma conhecida infeção associada aos cuidados de saúde. A pneumonia associada à intubação é definida pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* como a ocorrência de pneumonia após quarenta e oito horas da pessoa ser submetida à inserção de um dispositivo respiratório invasivo, mesmo que de forma intermitente, como precedente da infeção (European Centre For Disease Prevention and Control, 2017). No sentido de contribuir para a melhoria dos cuidados, discuti com Enfermeira Orientadora a razoabilidade da implementação do instrumento de auditoria clínica referente à norma de “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação” (Direção-Geral da Saúde, 2017). A Enfermeira Orientadora considerou pertinente, pelo que ia avaliar com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e resistência a antimicrobianos a sua instituição.

No decorrer do estágio foi possível também colaborar com a Enfermeira Orientadora enquanto chefe de equipa, na gestão dos cuidados. Neste contexto tive oportunidade de me familiarizar com alguns instrumentos de relevo na gestão de cuidados como a *Therapeutic Intervention Scoring System-28* e a *Nursing Activities Score*. A *Therapeutic Intervention Scoring System-28* é uma ferramenta eficaz na correlação da severidade da doença da pessoa internada nas Unidades de Cuidados Intensivos, assim como um indicador relevante da carga laboral de enfermagem. Este instrumento classifica as pessoas internadas em Unidades de Cuidados Intensivos de acordo com a severidade da doença, e baseia-se no princípio de que

o número de intervenções terapêuticas está relacionado com a severidade da condição clínica. Quanto mais gravoso é o estado da pessoa, maior será o número de intervenções terapêuticas necessárias, e, conseqüentemente, quanto mais elevado o *score*, maior o tempo de cuidados de enfermagem necessário (Miranda, de Rijk & Schaufeli, 1996). Já o *score* obtido na *Nursing Activities Score* demonstra o tempo dedicado por um enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos (Miranda et al., 2003). Assim, tive oportunidade de aplicar estes instrumentos nas pessoas internadas, sendo depois adequado o número de elementos no turno, e a sua distribuição realizada de acordo não só com os resultados obtidos com estes instrumentos, mas também de acordo com as *skills* individuais e de trabalho em equipa de cada elemento. Em colaboração com a Enfermeira Orientadora, tive também oportunidade de participar na gestão de admissões e altas na Unidade de Cuidados Intensivos. O facto de realizar o estágio na instituição onde exerço funções, foi indubitavelmente um fator facilitador na comunicação e articulação com os diversos serviços, como o Bloco Operatório, o Internamento Geral e o Atendimento Permanente. Realizei também importantes intervenções no âmbito da segurança da pessoa como a verificação do carro de emergência, assim como a verificação e registo adequado da terapêutica estupefaciente. A gestão de cuidados de um serviço diferenciado como a Unidade de Cuidados Intensivos é exigente para o enfermeiro protagonista destas funções, obrigando a uma visão global das necessidades das pessoas internadas assim como das necessidades de cada elemento da equipa de enfermagem. Desta forma o enfermeiro enquanto gestor de cuidados constitui-se como um elemento promotor de integração e motivação da equipa, com fim último a uma prática de cuidados de enfermagem em segurança e de elevada qualidade.

Ao longo do decorrer do estágio, foram múltiplos os assuntos abordados e discutidos com a equipa e com a Enfermeira Orientadora, entre eles alguns procedimentos que não tive oportunidade de presenciar como a colocação de balão intra-aórtico, a manutenção da técnica e os cuidados de enfermagem à pessoa com balão intra-aórtico; ainda assim a Enfermeira Orientadora disponibilizou-se a mostrar-me a consola, o modo de operar, e tive também oportunidade de consultar e ler as normas procedimentais do serviço relativamente à técnica. Este tema foi alvo da realização conjunta de uma *scoping review* intitulada “Intervenções de enfermagem na prevenção e gestão de complicações com o balão intra-aórtico: *A scoping review*” (APÊNDICE II) com as mestradas Soraia Queiroz e Isabel Pica, com o objetivo de mapear o conhecimento de forma a identificar os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico, partindo da questão de investigação “Quais os

cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico?”. Conclui-se que os cuidados de enfermagem incidem na monitorização e vigilância da pessoa e da técnica, na prevenção de complicações associadas à mesma e atendendo também ao local de inserção do cateter-balão, existindo evidência da importância da intervenção especializada na qualidade dos cuidados de enfermagem. Em sequência foi apresentado um poster no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem que decorreu em Lisboa no dia 26 de Novembro de 2021 com o tema “Enfermagem Especializada: Um valor em saúde” com o título “Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico: Um protocolo de *Scoping review*” (APÊNDICE III). Foi também elaborado um poster com o título “Intervenções de enfermagem na prevenção e gestão de complicações relacionadas com o balão intra-aórtico: *A scoping review*” apresentado no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos que decorreu entre os dias 19 e 20 de Fevereiro de 2022 (APÊNDICE IV). No sentido de divulgar os resultados desta investigação foi realizada em conjunto com as mestrandas Isabel Pica e Soraia Queiroz e por solicitação do serviço uma comunicação oral com o título “Balão intra-aórtico” e disponibilizada a apresentação no Departamento de Coração e Vasos do Hospital de Santa Maria (APÊNDICE V).

No decorrer do estágio, foi também possível participar nas VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva com o tema “Ressuscitação – Técnicas de circulação extracorporeal em Medicina Intensiva” que decorreram nos dias 4 e 5 de Novembro de 2021 na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa (ANEXO II).

Ao longo do estágio foi realizada também a análise de conceito da escuta em enfermagem e a revisão integrativa da literatura apresentada no primeiro capítulo deste relatório com o objetivo de realizar a análise de conceito de escuta no cuidados de enfermagem com o conceito evolucionário de Rodgers, respondendo às questões de investigação “Qual é o conceito de escuta no cuidado de enfermagem?” e “Quais os atributos, os antecedentes, os consequentes, os termos substitutos e os conceitos relacionados da escuta no cuidado de enfermagem?”, concluindo-se que o conceito de escuta emergiu nos artigos analisados como uma componente fundamental do cuidado de enfermagem, destacando-se a compaixão como qualidade essencial na escuta terapêutica. À medida que ia desenvolvendo este trabalho, os contributos emergentes foram sendo alvo de aplicação na prática, tendo sido também um tema de discussão informal com a equipa e com Enfermeira Orientadora. Na sequência da realização da revisão da literatura a propósito desta análise de conceito foi apresentado um poster com o título “A Escuta no Cuidado de Enfermagem – Uma Revisão Integrativa da Literatura” no VIII Congresso Internacional de Cuidados

Intensivos que decorreu entre o dias 19 e 20 de Fevereiro de 2022 (APÊNDICE VI), com o objetivo de identificar os benefícios da escuta no cuidado de enfermagem, concluindo-se a escuta como componente fundamental do cuidado de enfermagem, atendendo às necessidades da pessoa e permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos proporcionaram a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista como descritas no Regulamento n.º 140/2019: **competências do domínio da responsabilidade ética e legal**, tendo desenvolvido uma prática profissional ética e legal, de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, assim como garantidas práticas e cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; **competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**, tendo dinamizado iniciativas estratégicas e institucionais na área da governação clínica e garantido um ambiente terapêutico seguro; **competências da gestão dos cuidados**, tendo gerido cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a sua articulação com a equipa de saúde, adaptando a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, com fim último à garantia da qualidade dos cuidados; **competências do domínio das aprendizagens profissionais**, tendo desenvolvido o autoconhecimento e a assertividade e baseado a minha práxis clínica especializada em evidência científica.

O percurso realizado permitiu igualmente adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, como apresentadas no Artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018: **cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e sua família**, tendo prestado cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica, garantido a administração de protocolos terapêuticos complexos, realizando a gestão diferenciada da dor da pessoa em situação crítica, gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e a sua família face à situação de elevada complexidade do seu estado de saúde, gerindo o estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa e a sua família, assistindo a pessoa e a sua família nas perturbações da situação crítica de saúde; **maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante pessoa em situação crítica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado**, tendo concebido um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e desenvolvido

procedimentos de controlo de infeção de acordo com as normas de prevenção das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica.

III. CONCLUSÃO

O presente relatório espelha o culminar de um percurso de aprendizagem onde a reflexão e a mobilização de conhecimentos teóricos como contributo imperioso de uma prática baseada na evidência conduziram ao meu desenvolvimento pessoal e profissional permitindo a consecução dos objetivos traçados inicialmente e conseqüentemente à aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Ao longo do relatório foi realizada uma análise crítica e reflexiva do objetivo geral e objetivos específicos inicialmente traçados, assim como foram descritas as intervenções e atividades desenvolvidas no decorrer do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos, contributo basilar para um crescimento pessoal e profissional marcante, tendo sido adquiridas e desenvolvidas competências para uma prática de cuidados especializada.

A oportunidade de integrar a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos, proporcionou a vivência de situações complexas, desafiantes e enriquecedoras no cuidado da pessoa em situação crítica e da sua família, nos diversos momentos de transição que os intervenientes atravessam, sendo fundamental a intervenção do enfermeiro para que as transições ocorram de forma eficaz, promovendo o rumo ao bem estar da pessoa e da sua família. Foi de marcante relevância no percurso o desenvolvimento de competências comunicacionais e nomeadamente da escuta enquanto intervenção de enfermagem, na estruturação de um cuidado holístico. A realização da análise de conceito de escuta no cuidado de enfermagem foi fundamental para a compreensão do conceito e a sua operacionalização na prática de cuidados enquanto ato intencional e terapêutico. No ato da escuta ressalta-se a pertinência pelo interesse na situação da pessoa através da empatia, o respeito pelos momentos de silêncio, estar “verdadeiramente presente”, a atenção na comunicação verbal e não verbal de ambos os intervenientes, enfermeiro e pessoa, assim como é fundamental primar por não realizar julgamentos e de aceitar os outro em pleno. Esta é uma aprendizagem que levo comigo para a vida.

A oportunidade de contribuir para a melhoria dos cuidados à pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos, através de um momento de formação formal, assim como através da realização de algumas propostas que mereceram atenção e análise da Enfermeira Orientadora e da equipa foram também elementos motivadores de aprendizagem assim como de valorização profissional, tendo deixado um contributo importante para a prática diária dos cuidados.

A análise reflexiva e procura de conhecimento, realizada durante o estágio e presente neste documento espelha a importância da mobilização de conteúdos teóricos e a sua adequação à prática clínica contribuindo para uma prática baseada na evidência, tendo constituído ao mesmo tempo um estímulo e um desafio para construção de uma identidade profissional especializada. Contributo fundamental para esta identidade profissional foram também os muitos momentos de reflexão e partilha com a equipa e com a Enfermeira Orientadora e a transmissão de conhecimentos oriundos da prática, um fonte de conhecimento inesgotável que tanto sentido dão à teoria.

No caminho deste percurso senti todos os dias como um desafio, decidido também a desafiar-me a mim próprio ao longo da jornada, para assim conseguir tirar o melhor partido de cada situação vivenciada e de cada momento de aprendizagem.

Indubitavelmente as expectativas foram excedidas, e nos últimos dias o sentimento era que o estágio se poderia prolongar por mais muito mais tempo, pois havia tanto a aprender com aquele grupo de pessoas absolutamente fantástico que tão bem me acolheu.

E neste momento, parto para um novo futuro, como pessoa e profissional muito diferentes de quando o início deste percurso, com um olhar mais atento relativamente às práticas de cuidados, decidido a promover a diferença e a motivar o pensamento crítico nos outros. Acredito que a diferença reside em estar ao lado da pessoa, estar “verdadeiramente presente”, pois apenas desta forma o cuidado faz sentido.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª Edição). Office of Communications and Public Affairs. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Baker, D. P., Salas, E., Battles, J. B., & King, H. B. (2011). The Relation between Teamwork and Patient Safety. In P. Carayon (Ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety* (2ª Edição). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/b11219>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R. H., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205–214. <https://doi.org/10.1111/scs.12177>
- Beer, R., Lackner, P., Pfausler, B., & Schmutzhard, E. (2008). Nosocomial ventriculitis and meningitis in neurocritical care patients. *Journal of Neurology*, 255(11), 1617–1624. <https://doi.org/10.1007/s00415-008-0059-8>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Brogan, T. (2019). *Extracorporeal Life Support: The ELSO Red Book* (5ª Edição). Extracorporeal Life Support Organization (ELSO).

- Browning, S., & Waite, R. (2010). The Gift of Listening: JUST Listening Strategies. *Nursing Forum*, 45(3), 150–158. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00179.x>
- Buckman, R. (2007). Communication Skills. In *Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies*. Saunders Elsevier.
- Calhoun, A. (2018). Nursing care of adult patients on ECMO. *Critical Care Nursing Quarterly*, 41(4), 394–398. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000226>
- Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88–96. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.003>
- Castro, C. M. da C. S. P., & Botelho, M. A. R. (2017). A experiência vivida da pessoa em situação crítica internada em uma unidade de cuidados intensivos. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 11(9), 3386–3394. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110238p3386-3394-2017>
- Chaboyer, W., James, H., & Kendall, M. (2005). Transitional Care After the Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions. *Critical Care Nurse*, 25(3), 16–28. <https://doi.org/10.4037/ccn2005.25.3.16>
- Chan, Z. C. Y. (2010). Supervision of nurses using the five principles on practising listening. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 111–112. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01042.x>
- Chanques, G., Sebbane, M., Barbotte, E., Viel, E., Eledjam, J.-J., & Jaber, S. (2007). A Prospective Study of Pain at Rest: Incidence and Characteristics of an Unrecognized Symptom in Surgical and Trauma versus Medical Intensive Care Unit Patients. *Anesthesiology*, 107(5), 850–851. <https://doi.org/10.1097/01.anes.0000287348.70351.a2>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Disponível em <https://repository.upenn.edu/nrs/9>. Consultado em 2022-02-02.
- Chrysochoou, G., Marcus, R. J., Sureshkumar, K. K., McGill, R. L., & Carlin, B. W. (2008). Renal Replacement Therapy in the Critical Care Unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(4), 282–290. <https://doi.org/10.1097/01.CNQ.0000336813.04548.22>
- Collière, M. (1999). *Promover a vida* (2nd ed.). Lidel.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: Valoração da sociedade*. Almedina.
- Direção-Geral da Saúde. (2003a). Circular Normativa N° 09/DGCG de 14/06/2003: A Dor

- como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://nocs.pt/registo-sistematico-intensidade-dor/>. Consultado em 2022-02-02.
- Direção-Geral da Saúde. (2003b). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direcção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>. Consultado em 2022-02-02.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>. Consultado em 2022-02-02.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>. Consultado em 2022-02-02.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>. Consultado em 2022-02-02.
- Dithole, K. S., Sibanda, S., Moleki, M. M., & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 197–206. <https://doi.org/10.1111/wvn.12146>
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: Promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 16(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>
- Drews, F. A., Musters, A., Markham, B., & Samore, M. H. (2007). Error producing conditions in the intensive care unit. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society*, 2(September 2007), 702–706. <https://doi.org/10.1177/154193120705101121>

- Ellison, D. L., & Meyer, C. K. (2020). Presence and Therapeutic Listening. *Nursing Clinics of North America*, 55(4), 457–465. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.06.012>
- European Centre For Disease Prevention and Control. (2017). Surveillance of healthcare-associated infections and prevention indicators in European intensive care units - HAI-Net ICU protocol, version 2.2. European Centre for Disease Prevention and Control. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-healthcare-associated-infections-and-prevention-indicators-european>. Consultado em 2022-02-02.
- Faber, P., & Klein, A. A. (2009). Acute kidney injury and renal replacement therapy in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 14(4), 207–211. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00335.x>
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Fawcett, J. (1996). On the Requirements for a Metaparadigm: An Invitation to Dialogue: Commentary. *Nursing Science Quarterly*, 9(3), 94–97. <https://doi.org/10.1177/089431849600900305>
- Fee, E., Garofalo, M. E., & Chang, B. B. (2010). Florence Nightingale and the Crimean War. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1591. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.188607>
- Ferrito, C., Madureira, M., & Lourenço, M. (2021). *Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório.”* Universidade Católica Portuguesa.
- Gallesio, A. O., Ceraso, D., & Palizas, F. (2006). Improving Quality in the Intensive Care Unit Setting. *Critical Care Clinics*, 22(3), 547–571. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2006.04.002>
- Gélinas, C. (2007). Management of pain in cardiac surgery ICU patients: Have we improved over time? *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(5), 298–303. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.03.002>
- Gélinas, C. (2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.001>
- Gluyas, H. (2015). Effective communication and teamwork promotes patient safety. *Nursing Standard*, 49(29), 50–57. <https://doi.org/10.7748/ns.29.49.50.e10042>
- Gluyas, H., & Morrison, P. (2013). *Patient safety: an essential guide*. Palgrave MacMillian.

- Grossbach, I., Stranberg, S., & Chlan, L. (2011). Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 46–60. <https://doi.org/10.4037/ccn2010728>
- Habeeb-Allah, A., & Alshraideh, J. A. (2021). Delirium post-cardiac surgery: Incidence and associated factors. *Nursing in Critical Care*, 26(3), 150–155. <https://doi.org/10.1111/nicc.12492>
- Henneman, E. A., Gawlinski, A., Rothschild, J. M., Landrigan, C. M., & Bates, D. W. (2006). Serious errors in intensive care. *Critical Care Medicine*, 34(2), 579–580. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000191259.62375.10>
- Hepburn-Smith, M., Dynkevich, I., Spektor, M., Lord, A., Czeisler, B., & Lewis, A. (2016). Establishment of an External Ventricular Drain Best Practice Guideline: The Quest for a Comprehensive, Universal Standard for External Ventricular Drain Care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(1), 54–65. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000174>
- Herr, K. (2011). Pain assessment strategies in older patients. *Journal of Pain*, 12(3), S3–S13. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.11.011>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Lusodidacta.
- Joint Comission International. (n.d.). *International Patient Safety Goals*. Joint Comission International. Disponível em <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>. Consultado a 2022-02-07.
- Jonas-Simpson, C., Mitchell, G. J., Fisher, A., Jones, G., & Linscott, J. (2006). The experience of being listened to: A qualitative study of older adults in long-term care settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(1), 46–53. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20060101-15>
- Kagan, P. N. (2008a). Feeling listened to: A lived experience of humanbecoming. *Nursing Science Quarterly*, 21(1), 59–67. <https://doi.org/10.1177/0894318407310779>
- Kagan, P. N. (2008b). Listening: Selected Perspectives in Theory and Research. *Nursing Science Quarterly*, 21(2), 105–110. <https://doi.org/10.1177/0894318408315027>
- Karlsson, V., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2012). Communication when patients are conscious during respirator treatment - A hermeneutic observation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(4), 197–207. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.12.007>
- Kim, H. . S. (1989). Theoretical thinking in nursing: problems and prospects. *Recent Advances in Nursing*, 24, 106–122. <http://europepmc.org/abstract/MED/2813846>

- Kimble, P. (2013). The Journey Of Discovering Compassionate Listening. *Journal of Holistic Nursing*, 31(4), 285–290. <https://doi.org/10.1177/0898010113489376>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.
- Korinek, A. M., Reina, M., Boch, A. L., Rivera, A. O., De Bels, D., & Puybasset, L. (2005). Prevention of external ventricular drain - Related ventriculitis. *Acta Neurochirurgica*, 147(1), 39–46. <https://doi.org/10.1007/s00701-004-0416-z>
- Liu, X., Griffith, M., Jang, H. J., Ko, N., Pelter, M. M., Abba, J., Vuong, M., Tran, N., Bushman, K., & Hu, X. (2020). Intracranial Pressure Monitoring via External Ventricular Drain: Are We Waiting Long Enough before Recording the Real Value? *Journal of Neuroscience Nursing*, 52(1), 37–42. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000487>
- Locsin, R. C. (2001). The Culture of Technology: Defining Transformation in Nursing, from “The Lady with a Lamp” to “Robonurse”? *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 1–4. <https://doi.org/10.1097/00004650-200110000-00004>
- Ludin, S. M., Arbon, P., & Parker, S. (2013). Patients’ transition in the Intensive Care Units: Concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(4), 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.001>
- Magnus, V. S., & Turkington, L. (2006). Communication interaction in ICU-Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(3), 167–180. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.09.009>
- McKiernan, M., & McCarthy, G. (2010). Family members’ lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.06.004>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, 17(2), 247–255. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x>
- Miracle, V. A. (2008). The life and impact of Florence Nightingale. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27(1), 21–23. <https://doi.org/10.1097/01.DCC.0000304670.76251.2e>
- Miranda, D. R., de Rijk, A., & Schaufeli, W. (1996). Simplified Therapeutic Intervention

- Scoring System: the TISS-28 items-results from a multicenter study. *Critical Care Medicine*, 24(1), 64–73.
- Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., Abizanda, R., Agthé, D., Alexander, J. P., Angus, D. C., Artigas, A., Bastos, P., Bihari, D., Boyle, M., Buch, T. F., Burchardi, H., Clarke, T., Dobb, G., Evans, S., Hart, G., ... Zimmerman, J. E. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374–382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>
- Mossadegh, C., & Combes, A. (2017). *Nursing Care and ECMO* (1ª Edição). Springer, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-20101-6>
- Muralidharan, R. (2015). External ventricular drains: Management and complications. *Surgical Neurology International*, 6(7), S271–S274. <https://doi.org/10.4103/2152-7806.157620>
- National Institute for Health and Care. (2019). *Delirium: prevention, diagnosis and management*. National Institute for Health and Care. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>. Consultado a 2022-01-05.
- Nelms, T. P., & Eggenberger, S. K. (2010). The essence of the family critical illness experience and nurse-family meetings. *Journal of Family Nursing*, 16(4), 462–486. <https://doi.org/10.1177/1074840710386608>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002a). *A cada família o seu enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002b). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. In *Divulgar*. Ordem dos Enfermeiros.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parse, R. R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. SAGE Publications.
- Parse, R. R. (2007). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*, 20(4), 308–311. <https://doi.org/10.1177/0894318407307160>
- Pasero, C., Puntillo, K., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., Varkey, B., Gilbert, H. C., Medina, J., & Sessler, C. N. (2009). Structured approaches to pain

- management in the ICU. *Chest*, 135(6), 1665–1672. <https://doi.org/10.1378/chest.08-2333>
- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–2263. <https://doi.org/10.1097/00003246-200112000-00004>
- Puntillo, K. A., Max, A., Timsit, J. F., Vignoud, L., Chanques, G., Robleda, G., Roche-Campo, F., Mancebo, J., Divatia, J. V., Soares, M., Ionescu, D. C., Grintescu, I. M., Vasiliu, I. L., Maggiore, S. M., Rusinova, K., Owczuk, R., Egerod, I., Papathanassoglou, E. D. E., Kyranou, M., ... Azoulay, E. (2014). Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit: The Europain® study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189(1), 39–47. <https://doi.org/10.1164/rccm.201306-1174OC>
- Rashidi, M., Molavynejad, S., Javadi, N., Adineh, M., Sharhani, A., & Poursangbur, T. (2020). The effect of using Richmond agitation and sedation scale on hospital stay, ventilator dependence, and mortality rate in ICU inpatients: a randomised clinical trial. *Journal of Research in Nursing*, 25(8), 734–746. <https://doi.org/10.1177/1744987120943921>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 26/2010, Série II* (2019-02-06), 4744 – 4750.
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 135/2018, Série II* (2018-07-16), 19359 – 19370.
- Rodgers, B. L. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 14(4), 330–335. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb03420.x>
- Rodgers, B. L. (2000). Concept analysis. An evolutionary view. In *Concept Development in Nursing: Foundation, Techniques, and Applications* (2ª Edição, pp. 77–102). W. B. Saunders Company.
- Rodríguez, R. C., Saez, Z. A., & Trinidad, L. M. L. (2018). Nursing staff communication

- and active listening to patients with gynecological cancer: a bibliographic review. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 9(2), 221–229. <https://doi.org/10.20318/recs.2018.4500>
- Sakamoto, V. T. M., Vieira, T. W., Viegas, K., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2021). Nursing assistance in patient care with external ventricular drain: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20190796. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0796>
- Salem, A., & Ahmad, M. M. (2018). Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 23(7), 614–630. <https://doi.org/10.1177/1744987118785987>
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O’Neal, P. V., Keane, K. A., Tesoro, E. P., & Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338–1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>
- Shipley, S. D. (2010). Listening : A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 45(2), 125–134. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00174.x>
- Sousa, P. P. (2020). *O conforto da pessoa idosa* (2ª Edição). Universidade Católica Portuguesa Editora.
- The Josiah Macy Jr. Foundation. (2010). *Educating Nurses and Physicians: Toward New Horizons*. The Josiah Macy Jr. Foundation. Disponível em <http://www.macyfoundation.org/publications/%0Dpublication/educating-nurses-and-physicians-towardnew-horizons>. Consultado a 2022-02-07.
- Vasilevskis, E. E., Han, J. H., Hughes, C. G., & Ely, E. W. (2012). Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, 26(3), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2012.07.003>
- Wagner, D., Byrne, M., & Kolcaba, K. (2006). Effects of Comfort Warming on Preoperative Patients. *AORN Journal*, 84(3). [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)63920-3](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)63920-3)
- White, D. B., Cua, S. M., Walk, R., Pollice, L., Weissfeld, L., Hong, S., Landefeld, C. S., & Arnold, R. M. (2015). Nurse-led intervention to improve surrogate decision making for patients with advanced critical illness. *American Journal of Critical Care*, 21(6), 396–409.
- Williamson, R. A., Phillips-Bute, B. G., McDonagh, D. L., Gray, M. C., Zomorodi, A. R., Olson, D. W. M., Britz, G. W., Laskowitz, D. T., & James, M. L. (2014). Predictors of

extraventricular drain-associated bacterial ventriculitis. *Journal of Critical Care*, 29(1), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.08.012>

Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164–173. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>

APÊNDICES

Apêndice I – Sessão de formação “Drenagem Ventricular Externa”

DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA



Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde Lisboa

Escola de Enfermagem

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ricardo Jordão

Sob orientação da Professora Doutora Rita Marques

1

Conceito

Aplicação

PIC

Colocação do cateter

Complicações

Intervenções de enfermagem

Correcta avaliação da PIC

Mobilização

Transporte intra-hospitalar

Considerações finais

Bibliografia



2

Conceito

Procedimento comum em neurocirurgia, utilizada para:

Controlar a hidrocefalia associada a tumores ou a hemorragia subaracnoideia

Monitorizar a pressão intracraniana (PIC)

(Hepburn-Smith et al., 2016; Korinek et al., 2005; Liu et al., 2020; Muralidharan, 2015; Williamson et al., 2014)

3

Aplicação

Método fiável para a monitorização e controlo da PIC elevada secundária a hidrocefalia oclusiva aguda (Beer et al., 2008)

Possibilita a drenagem de líquido cefalorraquidiano (LCR) controlando desta forma a elevação da PIC (Korinek et al., 2005)

4

PIC

A PIC é determinada pela pressão dentro do crânio, em condições normais é determinada por:

Alterações no volume de sangue intracraniano

Pela pressão exercida pelo LCR que circula em torno do cérebro, da medula espinhal e dentro dos ventrículos cerebrais

(Derbyshire & Hill, 2018)

5

O valor da PIC depende:

Idade

Postura corporal

Condições clínicas

Num adulto saudável:

Posição **horizontal**, encontra-se no intervalo entre **7 a 15mmHg**

(Czosnyka & Pickard, 2004)

6

Em situação de **trauma cerebral**, ou doença neurológica a homeostasia do mecanismo regulador da PIC é alterado, resultando na sua **elevação permanente**.

7

Hipótese de Monro-Kellie

Terá que existir imutabilidade nos componentes que preenchem o crânio:

Massa encefálica e líquido intersticial (80%)

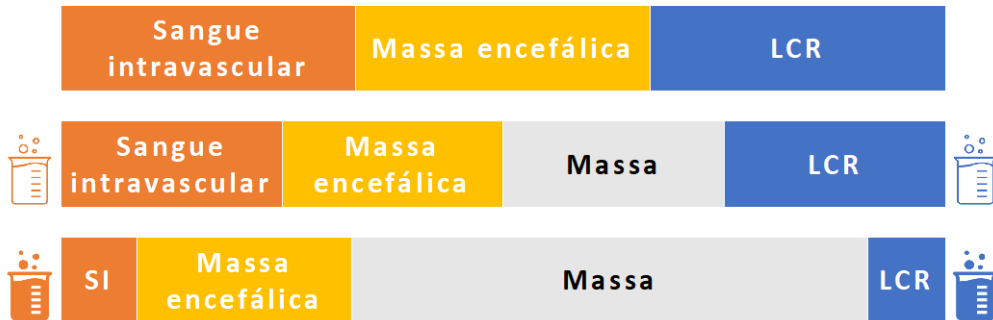
Sangue intravascular (10%)

LCR nos ventrículos e espaço subaracnoideu (10%)

(Derbyshire & Hill, 2018)

8

Hipótese de Monro-Kellie



9

Se ocorrer a elevação da PIC: Corrente sanguínea no cérebro diminui

Aumento da tensão arterial e bradicardia, conhecido como o reflexo de Cushing (Bickley et al., 2000)

A correta oxigenação do cérebro é totalmente dependente da **pressão de perfusão cerebral (PPC)**, obtida pela **diferença** entre a **pressão arterial média (PAM)** e a **PIC** (Trwin et al., 2011)

É importante manter a PPC acima dos 60mmHg, podendo utilizar-se vasopressores (Schimpf, 2012)

10

Colocação do cateter

A DVE realiza-se com a colocação de um **cateter intraventricular**, colocado preferencialmente na **região frontal do hemisfério direito**, dado à sua não dominância para a função da linguagem em 90% das pessoas (Hayette et al., 2008)

11

Complicações

Infeções da pele e dos tecidos moles

Ventriculite

Meningite

(Beer et al., 2008)

O risco de infecção poderá estar associado com a **técnica de inserção**, o **tipo de cateter**, o **número de dias de permanência do cateter**, os **cuidados e manutenção da DVE** e com a **frequência da colheita de LCR**

(Keong et al., 2012)

12

Prevenção da ventriculite associada à DVE

Korinek et al., 2005

A DVE poderá permanecer durante um longo período de tempo, desde que no momento da sua inserção e nos cuidados de enfermagem durante o internamento exista **manutenção da higiene e assepsia**.

Concomitantemente, deve ser **estritamente evitada a manipulação do sistema**.

13

Preditores de ventriculite bacteriana associada à DVE

Williamson et al., 2014

A frequência da colheita de amostras de LCR está indubitavelmente associada ao desenvolvimento de ventriculite, pelo que é **desaconselhada a colheita rotineira de LCR**.

14

Recomendações

Hepburn-Smith et al., 2016

Inserção do cateter para DVE

Remoção do cabelo.

Desinfecção da pele com clorhexidina.

Utilização de precauções de barreira máximas.

Reduzir o número de pessoas presentes durante o procedimento.

Utilização de cateteres impregnados de antibiótico.

Utilização de uma checklist para colocação de DVE.

15

Recomendações

Hepburn-Smith et al., 2016

Manutenção da DVE

Colheita de LCR

Utilizar técnica asséptica aquando manipulação da DVE.

Identificar a tubuladura da DVE.

Colher amostra de LCR da porta distal.

Colher amostras de LCR apenas quando clinicamente indicado.

Minimizar a manipulação da DVE e o tempo de permanência do cateter.

16

Recomendações

Hepburn-Smith et al., 2016

Penso do local de inserção da DVE

Utilizar penso oclusivo.

Realizar penso semanalmente se perda de integridade ou repasse.

17

Recomendações

Hepburn-Smith et al., 2016

Formação

Vigilância

Disponibilizar informação acerca dos cuidados à pessoa com DVE.

Promover rotinas de controlo de infeção.

Monitorizar taxas de infeção.

18

Intervenções de enfermagem

Sakamoto et al., 2021

Posicionamento da pessoa

Elevação da cabeceira entre 15 a 30.º

Manter a cabeça numa posição neutra alinhada com a cervical.

Posicionamento no nível zero.

19

Intervenções de enfermagem

Sakamoto et al., 2021

Posicionamento do sistema de drenagem da DVE

Altura do nível de escoamento do LCR.

Encerramento do sistema.

20

Intervenções de enfermagem

Sakamoto et al., 2021

Realização do penso

Periodicidade de avaliação do penso.

Penso de compressas.

Penso de filme transparente.

21

Intervenções de enfermagem

Sakamoto et al., 2021

Cuidados relacionados com o saco coletor do sistema de DVE e com o cateter

Técnica asséptica para manipulação.

Capacidade limite para desprezar o conteúdo do saco coletor.

Sinais de obstrução do cateter.

Situações de tração do cateter.

22

Intervenções de enfermagem

Sakamoto et al., 2021

Cuidados com o LCR

Vigiar o nível de consciência.

Fluxo de drenagem de LCR.

Características do líquido drenado.

23

Intervenções de enfermagem

Sakamoto et al., 2021

Avaliação da PIC

Encerrar o sistema para mensurar a PIC.

Administração de terapêutica pelo cateter

Encerrar o sistema após a administração.

24

Intervenções de enfermagem

Sakamoto et al., 2021

Colheita de LCR

Periodicidade da colheita de LCR.

Local da colheita de LCR.

Mobilização de pacientes com DVE

Mobilização precoce.

25

Correcta avaliação da PIC

A correta documentação do valor preciso da PIC é importante para determinação do status de saúde cerebral, o que requer o sistema de DVE esteja adequadamente nivelado, e a drenagem encerrada por um período a adequado de tempo (Liu et al., 2020)

26

Correcta avaliação da PIC

Rogers et al., 2017

Não é apropriado se documentarmos o valor da PIC imediatamente a seguir ao encerramento da DVE.

Tempo mínimo de 5 minutos de monitorização para documentação de um valor preciso.

27

Mobilização

Kumble et. al., 2017

Iniciou-se a mobilização progressiva de um homem de 55 anos de idade admitido por hemorragia intracraniana talâmica aguda, com necessidade de colocação de duas DVE.

Inicialmente realizaram-se exercícios de mobilização, progredindo para a utilização de uma bicicleta e incrementando-se posteriormente a verticalização utilizando uma mesa de tilt, os parâmetros fisiológicos foram registados antes e depois das intervenções.

28

Mobilização

Kumble et. al., 2017

A **mobilização precoce progressiva**, assistida por dispositivos, é exequível e segura na pessoa em situação neuro-crítica, quando desempenhada por uma equipa de profissionais devidamente qualificados.

29

Transporte intra-hospitalar

Stout et. al., 2019

Não existem práticas universais na prática do transporte intra-hospitalar, contudo podem definir-se 5 fases

30

Transporte intra-hospitalar

Stout et. al., 2019

Preparação em antecipação do transporte

Transporte para o procedimento

Procedimento em si

Retorno à unidade da pessoa

Regularização da segurança e monitorização após o transporte

31

Transporte intra-hospitalar

Stout et. al., 2019

Para a realização de um posicionamento seguro de pessoas com DVE, é fundamental o conhecimento da dinâmica do LCR e do sistema de monitorização da PIC.

32

Transporte intra-hospitalar

Stout et. al., 2019

A importância do conhecimento dos dispositivos, combinado com o transporte realizado em segurança são o início de uma boa prática no transporte destas pessoas.

33

Transporte intra-hospitalar

Stout et. al., 2019

É importante a **comunicação clara e detalhada** entre as especialidades médicas de neurologia, neurocirurgia e a equipa de enfermagem para redução dos riscos inerentes ao transporte e procedimento.

34

Considerações finais

Os cuidados de manutenção, o despiste e monitorização das complicações associadas à DVE tornaram-se uma responsabilidade da enfermagem (Murafsharan, 2015)



35

Bibliografia

- Beer, R., Lackner, P., Pfausler, B., & Schmutzhard, E. (2008). Nosocomial ventriculitis and meningitis in neurocritical care patients. *Journal of Neurology*, 255(11), 1617–1624. <https://doi.org/10.1007/s00415-008-0059-8>
- Bickley, L. S., Szilagy, P. G., Hoffman, R. M., & Soriano, R. P. (2020). *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking* (13th ed.). Wolters Kluwer.
- Chatzi, M., Karvouniaris, M., Makris, D., Tsimirea, E., Gatos, C., Tasiou, A., Mantzarlis, K., Fountas, K. N., & Zakynthinos, E. (2014). Bundle of measures for external cerebral ventricular drainage-associated ventriculitis. *Critical Care Medicine*, 42(1), 66–73. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31829a70a5>
- Czosnyka, M., & Pickard, J. D. (2004). Monitoring and interpretation of intracranial pressure. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75(6), 813–821. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2003.033126>
- Derbyshire, J., & Hill, B. (2018). Performing neurological observations. *British Journal of Nursing*, 27(19), 1110–1114. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.19.1110>
- Hepburn-Smith, M., Dynkevich, I., Spektor, M., Lord, A., Czeisler, B., & Lewis, A. (2016). Establishment of an External Ventricular Drain Best Practice Guideline: The Quest for a Comprehensive, Universal Standard for External Ventricular Drain Care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(1), 54–65. <https://doi.org/10.1097/JNN.000000000000174>
- Huyette, D. R., Turnbow, B. J., Kaufman, C., Vaslow, D. F., Whiting, B. B., & Oh, M. Y. (2008). Accuracy of the freehand pass technique for ventriculostomy catheter placement: Retrospective assessment using computed tomography scans. *Journal of Neurosurgery*, 108(1), 88–91. <https://doi.org/10.3171/JNS/2008/108/01/0088>

36

Bibliografia

Irwin, R., Rippe, J., Lisbon, A., & Heard, S. (2011). *Nlrwin & Rippe's Procedures, Techniques and Minimally Invasive Monitoring in Intensive Care Medicine* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Keong, N. C. H., Bulters, D. O., Richards, H. K., Farrington, M., Sparrow, O. C., Pickard, J. D., Hutchinson, P. J., & Kirkpatrick, P. J. (2012). The SILVER (silver impregnated line versus evd randomized trial): A double-blind, prospective, randomized, controlled trial of an intervention to reduce the rate of external ventricular drain infection. *Neurosurgery*, *71*(2), 394–403. <https://doi.org/10.1227/NEU.0b013e318257bebb>

Korinek, A. M., Reina, M., Boch, A. L., Rivera, A. O., De Bels, D., & Puybasset, L. (2005). Prevention of external ventricular drain - Related ventriculitis. *Acta Neurochirurgica*, *147*(1), 39–46. <https://doi.org/10.1007/s00701-004-0416-z>

Kumble, S., Zink, E. K., Burch, M., Deluzio, S., Stevens, R. D., & Bahouth, M. N. (2017). Physiological Effects of Early Incremental Mobilization of a Patient with Acute Intracerebral and Intraventricular Hemorrhage Requiring Dual External Ventricular Drainage. *Neurocritical Care*, *27*(1), 115–119. <https://doi.org/10.1007/s12028-017-0376-9>

Liu, X., Griffith, M., Jang, H. J., Ko, N., Pelter, M. M., Abba, J., Vuong, M., Tran, N., Bushman, K., & Hu, X. (2020). Intracranial Pressure Monitoring via External Ventricular Drain: Are We Waiting Long Enough before Recording the Real Value? *Journal of Neuroscience Nursing*, *52*(1), 37–42. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000487>

Muralidharan, R. (2015). External ventricular drains: Management and complications. *Surgical Neurology International*, *6*(7), S271–S274. <https://doi.org/10.4103/2152-7806.157620>

Rogers, M., Stutzman, S. E., Atem, F. D., Sengupta, S., Welch, B., & Olson, D. M. (2017). Intracranial Pressure Values Are Highly Variable after Cerebral Spinal Fluid Drainage. *Journal of Neuroscience Nursing*, *49*(2), 85–89. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000257>

37

Bibliografia

Sakamoto, V. T. M., Vieira, T. W., Viegas, K., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2021). Nursing assistance in patient care with external ventricular drain: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *74*(2), e20190796. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0796>

Schimpf, M. M. (2012). Diagnosing increased intracranial pressure. *Journal of Trauma Nursing : The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, *19*(3), 160–167. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e318261cfb4>

Singh, H., Patir, R., Vaishya, S., Miglani, R., & Kaur, A. (2020). External Ventricular Drain Related Complications-Whether Continuous CSF Drainage Via Ommaya Reservoir is the Answer? *Neurology India*, *68*(2), 458–461. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.284354>

Stout, D. E., Cortes, M. X., Aiyagari, V., & Olson, D. W. M. (2019). Management of External Ventricular Drains During Intrahospital Transport for Radiographic Imaging. *Journal of Radiology Nursing*, *38*(2), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2019.01.004>

Williamson, R. A., Phillips-Bute, B. G., McDonagh, D. L., Gray, M. C., Zomorodi, A. R., Olson, D. W. M., Britz, G. W., Laskowitz, D. T., & James, M. L. (2014). Predictors of extraventricular drain-associated bacterial ventriculitis. *Journal of Critical Care*, *29*(1), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.08.012>

Yataco, R. A., Arnold, S. M., Brown, S. M., David Freeman, W., Carmen Cononie, C., Heckman, M. G., Partridge, L. W., Stucky, C. M., Mellon, L. N., Birst, J. L., Daron, K. L., Zapata-Cooper, M. H., & Schudlich, D. M. (2019). Early Progressive Mobilization of Patients with External Ventricular Drains: Safety and Feasibility. *Neurocritical Care*, *30*(2), 414–420. <https://doi.org/10.1007/s12028-018-0632-7>

38

Apêndice II – Intervenções de enfermagem na prevenção e gestão de complicações com o balão intra-aórtico: *A scoping review*

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM BALÃO INTRA-AÓRTICO: *A SCOPING REVIEW*

Resumo

Introdução: A contrapulsção de balão intra-aórtico foi introduzido na década de 60 para o tratamento de choque cardiogénico (Casado et al., 2002). Nas últimas três décadas, o balão intra-aórtico assumiu um papel de destaque no tratamento de doentes com falência cardíaca, sendo um dos dispositivos de assistência ventricular esquerda mais utilizado (Reid & Cottrell, 2006). Os doentes sob técnica de contrapulsção exigem cuidados de enfermagem especializados, que incidem na vigilância do doente e da técnica e, conseqüentemente, na redução de morbi-mortalidade associadas (Lewis, Ward & Courtney, 2009; Reid & Cottrell, 2006).

Objetivos: Mapear o conhecimento de forma a identificar os cuidados de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico.

Materiais e Métodos: Realizada uma revisão sistemática da literatura (scoping review), recorrendo a bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE complete, Cochrane Plus Collection, MedicLatina, SciELO e a revistas de especialidade de cuidados intensivos, nomeadamente a Critical Care Nurse, Advanced Critical Care e American Journal of Critical Care e a revistas de cardiologia nacionais e internacionais, como a Revista Portuguesa de Cardiologia e a American Heart Association Journal, seguindo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute. Os descritores DeCS/MeSH utilizados foram “*cuidados de enfermagem*” e “*balão intra-aórtico*”, validados também na língua inglesa, francesa e espanhola. A questão de investigação refletiu o objetivo da revisão e foi a seguinte: Quais os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico? A pesquisa realizada não possuiu limite temporal e teve como critérios de inclusão que a população apresentasse idade superior a 18 anos, internamento em unidade de cuidados intensivos de qualquer área geográfica e sob assistência ventricular específica de balão intra-aórtico.

Resultados: Após pesquisa com os descritores supracitados foram identificados 757 artigos. Atendendo aos critérios de inclusão, foram incluídos 10 artigos na revisão sistemática. A sua

análise permitiu documentar quais as intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica sob técnica de balão intra-aórtico. Os cuidados de enfermagem foram reconhecidos nos momentos de preparação da técnica, da sua implementação, manutenção e remoção, assim como no suporte educacional e emocional da pessoa e sua família.

Os cuidados de enfermagem relativos à prevenção e gestão de complicações também foram amplamente identificados na literatura, incidindo na monitorização e vigilância da pessoa em relação ao seu estado hemodinâmico, respiratório, função renal, gastrointestinal, vascular, prevenção e controlo da infeção e da sua segurança.

Conclusão: Os cuidados de enfermagem documentadas centram-se na monitorização e vigilância da pessoa e da técnica, na prevenção de complicações associadas à mesma e atendendo também ao local de inserção do cateter-balão. Há evidência da importância da intervenção especializada na qualidade dos cuidados em saúde.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Balão Intra-aórtico; Contrapulsção; Insuficiência cardíaca; Doente crítico.

Enquadramento

O balão intra-aórtico fornece suporte mecânico ao ventrículo esquerdo através da terapia de contrapulsção sincronizada com o ciclo cardíaco. A inflação ocorre na diástole, imediatamente antes do encerramento da válvula aórtica, aumentando a perfusão das artérias coronárias, a perfusão cerebral e o aporte de oxigênio no miocárdio. A deflação ocorre na sístole, sincronizada com a onda R do traçado cardíaco, aumentando a perfusão das artérias renais, mesentérica e reduzindo o volume do sangue ejetado e, conseqüentemente a pós-carga (Garrett & Grady, 2000; Piper & Bowden, 2012).

O cateter-balão geralmente é inserido percutaneamente na artéria femoral, mas, também, pode ser colocado na artéria subclávia, axilar, íliaca comum e aorta. Está posicionado na aorta torácica descendente, inferior ao óstio da artéria subclávia esquerda e imediatamente superior para a artéria renal (Garrett & Grady, 2000; Piper & Bowden, 2012). O hélio ou dióxido de carbono podem ser usados para a inflação, no entanto o hélio é comumente usado por causa de sua baixa densidade (5% de a densidade do dióxido de carbono), permitindo inflação e deflação rápidas, e também é metabolicamente inativo (Webb, Weyker & Flynn, 2015).

Embora o balão intra-aórtico tenha sido inicialmente projetado para assistir pessoas em choque cardiogénico, as indicações para a técnica de contrapulsção expandiram nos últimos 30 anos (Reid & Cottrell, 2006). A indicação mais frequentemente documentada é o estado de baixo débito cardíaco devido a disfunção ventricular esquerda presente em situações como insuficiência ventricular esquerda refratária, arritmias malignas, aneurisma ventricular, insuficiência mitral aguda por rutura do músculo papilar e complicações mecânicas provocadas por enfarte agudo do miocárdio (Casado et al., 2002; Reid & Cottrell, 2006). No entanto, também é utilizado como suporte hemodinâmico durante e após procedimentos, como angiografia coronária e angioplastia, estabilização pré-operatória de pacientes de alto risco antes da indução anestésica e desmame da circulação extracorpórea. Também referenciado como uma ponte para o transplante cardíaco e estabilização pós-operatória e no choque séptico (Garrett & Grady, 2000; Shinn & Joseph, 1994). As contra-indicações para a terapia são numerosas e incluem: regurgitação aórtica, aneurisma da aorta torácica e abdominal, doença aorto-iliaca calcificada grave, doença vascular periférica, distúrbios da coagulação e doença terminal (Catton, 2006; Garrett & Grady, 2000).

Os cuidados de enfermagem à pessoa sob assistência ventricular de balão intra-aórtico requerem competência especializada. O enfermeiro ocupa um papel privilegiado na prestação de cuidados a estas pessoas, na observação e monitorização e consequente prevenção de potenciais complicações. No cuidado à pessoa sob esta técnica existem numerosas intervenções e monitorizações de carácter prioritário (Catton, 2006).

Metodologia

De acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute elaborou-se uma *scoping review* (Peters et al., 2015).

O objetivo desta *scoping review* foi mapear o conhecimento de forma a identificar as intervenções de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico. A questão de investigação refletiu o objetivo da revisão e foi a seguinte: Quais os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico?

Desta forma, para a sua operacionalização, utilizou-se a metodologia PCC (população, conceito, contexto), sendo a população a pessoa em situação crítica sob assistência ventricular específica de balão intra-aórtico, com idade superior a 18 anos, o conceito as intervenções de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa com balão intra-aórtico e o contexto o internamento em unidade de cuidados intensivos, em qualquer área

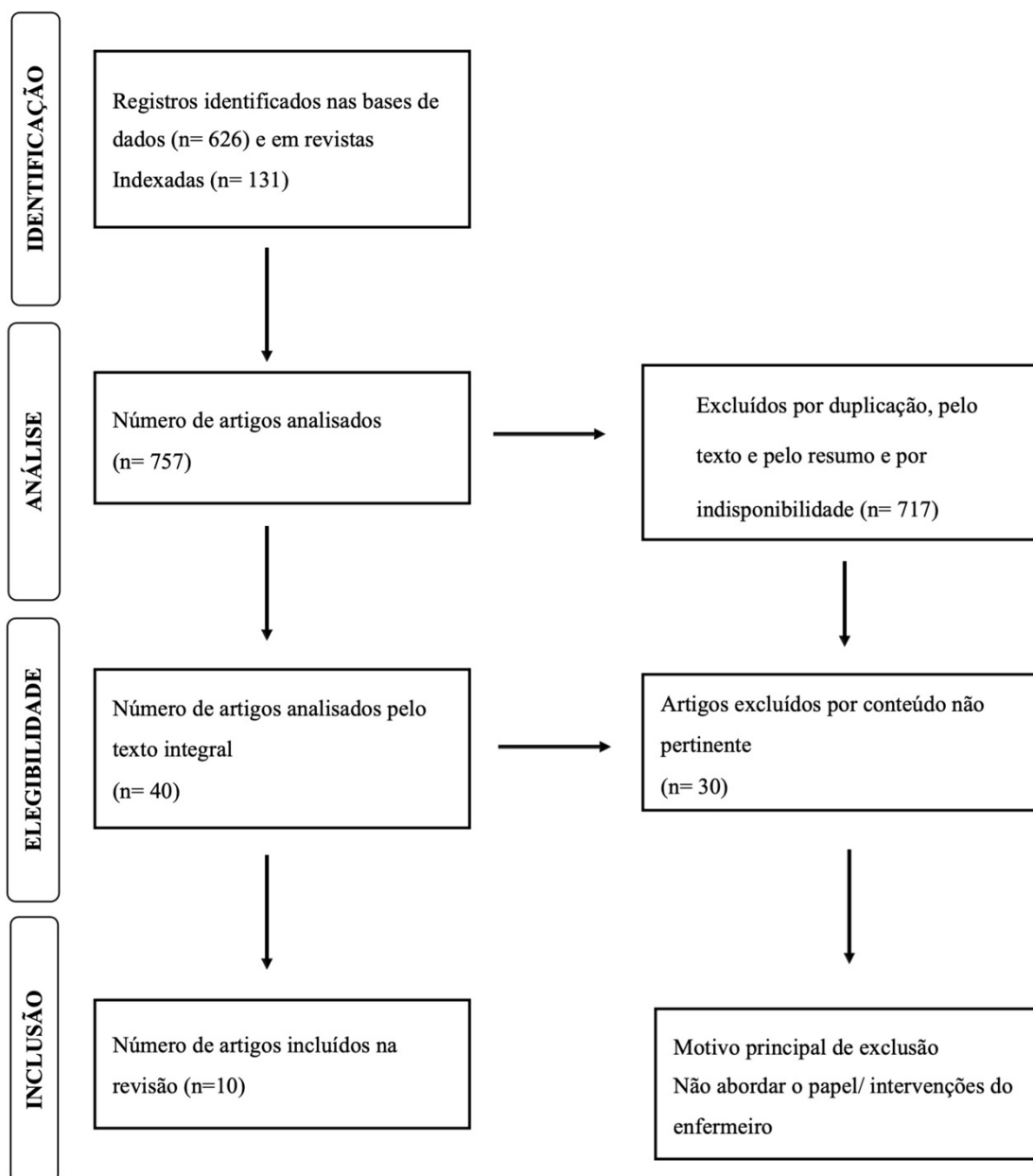
geográfica. Foram incluídos estudos de natureza quantitativa, qualitativa e mista, sem limite temporal de publicação e nos seguintes idiomas: inglês, francês e espanhol.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas ScienceDirect, SciELO, CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Cochrane Clinical Answers e PubMed e revistas de especialidade de cuidados intensivos, nomeadamente a Critical Care Nurse, Advanced Critical Care e American Journal of Critical Care e revistas de cardiologia nacionais e internacionais, como a Revista Portuguesa de Cardiologia e a American Heart Association Journal, através da conjugação dos descritores DeCS/MeSH “cuidados de enfermagem” e “balão intra-aórtico” intercalados com o operador booleano AND.

Resultados

A pesquisa identificou 757 artigos (579 artigos na plataforma EBSCOhost, 77 artigos na base de dados PubMed e 131 artigos na AACN Publishing). Após remoção de artigos duplicados e indisponíveis, realizada exclusão por título, resumo e texto integral foram incluídos 10 artigos na revisão sistemática.

Figura 1. Fluxograma Prisma, (Page et al., 2021).



Os dados dos estudos apresentam-se em forma de quadro (Quadro 1), no qual se identificam algumas características dos estudos, como o autor, o ano, a base de dados, os objetivos, a população/amostra, o desenho do estudo e os resultados.

Quadro 1. Instrumento de extração de dados.

Autor e Ano / Base de dados / Revista	Objetivos do estudo	População/ Amostra	Desenho do estudo / Nível de evidência	Resultados
Reid e Cottrell (2006) / - / AACN Critical Care Nurse	Descrever as indicações para o uso do balão intra-aórtico, os fatores de risco e complicações potenciais. Descrever os cuidados de enfermagem à pessoa e sua família.	-	Revisão da literatura / 5b	Intervenções de enfermagem centradas na prevenção e gestão de complicações: Isquemia do membro Avaliar os fatores de risco antes da inserção do cateter-balão (coloração da pele, tempo de preenchimento capilar, pulsos periféricos, índice braço-tornozelo, alterações de sensibilidade e/ou movimento); Vigiar pulsos periféricos de 15 em 15 minutos na primeira hora após colocação do cateter, a cada 30 minutos na hora seguinte, a cada 2 horas nas horas subsequentes e depois a cada 4 horas até à remoção do cateter-balão;

				<p>Avaliar o índice braço-tornozelo a cada 4 horas;</p> <p>Vigiar pulsos periféricos a cada 4 horas após remoção do cateter-balão, até ao momento da alta;</p> <p>Realizar ensinios à pessoa e sua família;</p> <p>Informar a equipa médica de alterações da perfusão periférica.</p> <p>Síndrome compartimental</p> <p>Vigiar a coloração e temperatura do membro;</p> <p>Monitorizar parâmetros analíticos;</p> <p>Monitorizar sinais vitais.</p> <p>Dissecção da Artéria Aorta</p> <p>Aorta</p> <p>Vigiar a dor torácica e/ou abdominal;</p> <p>Monitorizar o perímetro abdominal;</p> <p>Vigiar os pulsos periféricos;</p> <p>Monitorizar parâmetros hemodinâmicos;</p> <p>Monitorizar o débito urinário;</p> <p>Monitorizar parâmetros analíticos;</p>
--	--	--	--	--

				<p>Monitorizar achados radiológicos.</p> <p>Deslocamento de placa ou êmbolo</p> <p>Avaliar sinais e sintomas semelhantes ao síndrome compartimental e/ou isquemia do membro;</p> <p>Monitorizar traçado cardíaco;</p> <p>Avaliar sinais e sintomas de insuficiência respiratória.</p> <p>Migração do cateter</p> <p>Vigiar o local de inserção do cateter-balão;</p> <p>Vigiar pulsos periféricos;</p> <p>Monitorizar o estado de consciência;</p> <p>Monitorizar o débito urinário;</p> <p>Elevar a cabeceira a 30°;</p> <p>Ensinar a pessoa sobre a mobilização do membro com o cateter-balão.</p> <p>Hemorragia</p> <p>Vigiar o local de inserção do cateter-balão a cada 15 minutos na primeira hora depois da inserção e depois de 2 em 2 horas;</p> <p>Monitorizar parâmetros analíticos;</p>
--	--	--	--	--

				<p>Monitorizar sinais vitais.</p> <p>Rutura do cateter-balão</p> <p>Vigiar tubuladura do cateter-balão;</p> <p>Monitorizar o aumento diastólico;</p> <p>Monitorizar alarmes de perda de gás.</p> <p>Infeção</p> <p>Assegurar cuidados de assepsia na inserção e manutenção do cateter-balão;</p> <p>Monitorizar parâmetros analíticos;</p> <p>Vigiar sinais de infeção;</p> <p>Vigiar o local de inserção do cateter-balão.</p> <p>Perda da integridade cutânea</p> <p>Vigiar a integridade da pele;</p> <p>Posicionar a pessoa a cada duas horas;</p> <p>Realizar a massagem de conforto;</p> <p>Otimizar hidratação e estado nutricional da pessoa.</p>
Murks e Juricek (2016) / - / AACN	Descrever a abordagem de inserção do cateter-	Pessoas a aguardar transplante cardíaco	Revisão da literature / 5b	<p>Avaliar a perfusão periférica;</p> <p>Monitorizar o estado de consciência;</p>

<p>Advanced Critical Care</p>	<p>balão, as suas vantagens em relação à abordagem femoral, complicações e cuidados de enfermagem</p>		<p>Vigiar o local de inserção do cateter-balão; Monitorizar parâmetros hemodinâmicos; Monitorizar complicações (hemorragia, rutura de placa ou embolo, rutura de balão, isquémia do membro, migração do cateter-balão, isquémia da artéria mesentérica, disseção da artéria aorta); Vigiar pulsos periféricos de 15 em 15 minutos na primeira hora após inserção do cateter-balão e depois de 2 em 2 horas até à remoção do cateter-balão; Monitorizar o estado de consciência; Vigiar o local de inserção do cateter-balão; Monitorizar parâmetros hemodinâmicos; Monitorizar o débito urinário; Vigiar temperatura da pele; Vigiar dor abdominal; Monitorizar o traçado cardíaco;</p>
---------------------------------------	---	--	---

				<p>Monitorizar parâmetros analíticos;</p> <p>Vigiar tubuladura do cateter-balão;</p> <p>Informar a equipa médica da rutura do balão;</p> <p>Informar a pessoa sobre a remoção do cateter-balão;</p> <p>Assegurar cuidados de assepsia na inserção e manutenção do cateter-balão;</p> <p>Incentivar a reabilitação motora precoce;</p> <p>Disponibilizar suporte emocional.</p>
<p>Lewis, Ward e Courtney (2009) / CINAHL Complete / Australian Critical Care</p>	<p>Descrever a importância de suporte mecânico por Balão intra-aórtico na insuficiência cardíaca;</p> <p>Reportar a baixa taxa de mortalidade de doentes com choque cardiogénico sob BIA em alguns</p>	-	<p>Revisão da literature / 5b</p>	<p>Monitorizar <i>trigger</i> e <i>timing</i> do balão intra-aórtico;</p> <p>Monitorizar parâmetros hemodinâmicos;</p> <p>Monitorizar o traçado cardíaco;</p> <p>Vigiar achados radiológicos;</p> <p>Monitorizar complicações (hemorragia; isquémia do membro, rutura e aprisionamento do balão);</p> <p>Vigiar pulsos periféricos;</p> <p>Monitorizar o débito urinário;</p>

	<p>Hospitais da Austrália;</p> <p>Discutir a importância de o enfermeiro conhecer os efeitos fisiológicos do balão intra-aórtico, a gestão a técnica, de complicações e de desmame da técnica.</p>			<p>Monitorizar parâmetros analíticos;</p> <p>Vigiar resposta hemodinâmica ao desmame do balão.</p>
<p>Piper e Bowden (2012) / CINAHL Complete / British Journal of Cardiac Nursing</p>	<p>Descrever estudo de caso de uma pessoa admitida com enfarte agudo do miocárdio complicado com choque cardiogénico com necessidade de suporte mecânico de balão intra-aórtico;</p>	-	<p>Estudo de caso / 4d</p>	<p>Monitorizar parâmetros analíticos;</p> <p>Vigiar sinais de hemorragia;</p> <p>Monitorizar o estado hemodinâmico;</p> <p>Disponibilizar suporte emocional, psicológico e educacional à pessoa e sua família;</p> <p>Monitorizar complicações (tromboembolismo, dissecação da artéria aorta, rutura do balão, migração do cateter-balão, complicações arteriais,</p>

	<p>Identifica as avaliações de enfermagem à pessoa com suporte de Balão intra-aórtico bem como a gestão de complicações associadas à técnica</p>		<p>trombocitopenia, infecção/sépsis, síndrome compartimental); Monitorizar o estado de consciência; Monitorizar o traçado cardíaco; Vigiar dor torácica e/ou abdominal; Vigiar a distensão abdominal; Vigiar pulsos periféricos; Vigiar local de inserção do cateter-balão; Vigiar penso do local de inserção do cateter-balão; Vigiar pulsos periféricos; Vigiar a tubuladura do cateter-balão; Monitorizar o débito urinário; Vigiar a respiração; Monitorizar parâmetros analíticos; Monitorizar <i>trigger</i>, frequência do balão, aumento diastólico, curva de pressão arterial e nível da bala de hélio; Vigiar integridade da pele; Posicionar a pessoa;</p>
--	--	--	--

				Otimizar hidratação e estado nutricional da pessoa; Elevar a cabeceira no máximo a 45°.
Joseph e Bates (1990) / CINAHL Complete / American Journal of Nursing	Descrever o funcionamento do balão intra-aórtico; identificar as intervenções de enfermagem face a potenciais complicações relativamente ao doente e à técnica; identificar erros de temporização (insuflação e desinsuflação do balão)	-	Revisão da literature / 5b	<p>Intervenções de enfermagem na prevenção e gestão de complicações:</p> <p>Isquémia do membro Vigiar pulso periférico (a cada 15 minutos após a inserção e depois a cada 2 horas); Vigiar a coloração e temperatura do membro a cada 2 horas; Evitar flexão da articulação coxofemoral e flexão do joelho; Monitorizar parâmetros analíticos.</p> <p>Hemorragia Vigiar local de inserção do cateter-balão.</p> <p>Trombocitopenia Monitorizar parâmetros analíticos.</p> <p>Infeção Monitorizar a temperatura corporal;</p>

				<p>Assegurar cuidados de assepsia na manutenção do cateter-balão.</p> <p>Dissecção da artéria aorta</p> <p>Vigiar a dor torácica.</p> <p>Rutura do cateter-balão</p> <p>Vigiar tubuladura do cateter-balão;</p> <p>Assistir equipa médica na remoção do cateter-balão.</p> <p>Diminuição do aumento diastólico</p> <p>Monitorizar nível de bala de hélio;</p> <p>Monitorizar parâmetros hemodinâmicos.</p> <p>Paragem cardiorrespiratória</p> <p>Ajustar o <i>trigger</i>.</p> <p>Desfibrilhação</p> <p>Assegurar a segurança durante a desfibrilhação.</p>
O'Donovan (2011) / CINAHL Complete / World of Irish Nursing	Descrever a visão geral da função da técnica, indicações, complicações potenciais e cuidados de enfermagem necessários.	-	Revisão da literature / 5b	<p>Vigiar pulsos periféricos;</p> <p>Disponibilizar suporte educacional e psicológico à pessoa e sua família;</p> <p>Explicar o procedimento à pessoa;</p> <p>Monitorizar o estado de consciência;</p> <p>Monitorizar <i>trigger</i>, tempo, frequência e</p>

				<p>aumento diastólico do balão intra-aórtico a cada hora;</p> <p>Monitorizar débito urinário;</p> <p>Vigiar as conexões da consola;</p> <p>Vigiar tubuladura do cateter;</p> <p>Vigiar sinais e sintomas de insuficiência respiratória;</p> <p>Vigiar sinais de infeção;</p> <p>Vigiar o local de inserção do cateter-balão;</p> <p>Incentivar exercícios respiratórios;</p> <p>Vigiar integridade da pele;</p> <p>Otimizar hidratação e estado nutricional da pessoa;</p> <p>Elevar cabeceira a 30°;</p> <p>Monitorizar complicações (infeção do local de inserção; hematoma e/ou hemorragia; isquémia do membro, síndrome compartimental; trombocitopenia; distúrbios da coagulação; disseção da artéria aorta; migração do cateter-balão; rutura do cateter-balão).</p>
--	--	--	--	--

<p>Casado et al. (2002) / MEDLINE Complete / Enfermaria Intensiva</p>	<p>Descrever o funcionamento do balão intra-aórtico bem como as indicações e contra-indicações para a técnica.</p> <p>Identificar as intervenções de enfermagem na preparação para a inserção do cateter-balão, na colocação, na manutenção e na remoção do mesmo.</p> <p>Identificar os principais alarmes do dispositivo e potenciais complicações.</p>	<p>-</p>	<p>Revisão da literatura / 5b</p>	<p>Preparação</p> <p>Explicar o procedimento à pessoa;</p> <p>Assegurar o consentimento livre e esclarecido da pessoa;</p> <p>Vigiar pulsos periféricos;</p> <p>Monitorizar o traçado cardíaco;</p> <p>Monitorizar sinais vitais;</p> <p>Providenciar material para a colocação do cateter-balão;</p> <p>Administrar sedação e anticoagulação, quando prescrita pela equipa médica;</p> <p>Monitorizar o nível da bala de hélio.</p> <p>Durante o procedimento</p> <p>Monitorizar parâmetros hemodinâmicos.</p> <p>Posteriormente</p> <p>Realizar penso;</p> <p>Elevar a cabeceira;</p> <p>Assegurar que o membro permanece em extensão;</p> <p>Vigiar o membro;</p> <p>Assegurar a realização de radiografia de tórax.</p> <p>Manutenção</p> <p>Monitorizar parâmetros hemodinâmicos;</p>
---	---	----------	-----------------------------------	--

				<p>Vigiar dosagens e perfusões de fármacos; Monitorizar parâmetros analíticos; Vigiar o membro; Monitorizar o estado de consciência; Vigiar respiração; Avaliar a necessidade de fisioterapia respiratória.</p> <p>Remoção</p> <p>Monitorizar a estabilidade hemodinâmica na diminuição da assistência; Suspender anticoagulação; Colocar o balão intra-aórtico em <i>standby</i>; Desconectar o cateter-balão da consola; Remover cateter-balão; Realizar compressão manual durante 20 a 40 minutos; Realizar penso compressivo; Colocar saco compressivo (2 a 4kg) durante 2 horas; Permanecer em decúbito dorsal por 24 horas com o membro em extensão.</p> <p>Complicações</p> <p>Monitorizar complicações (perfuração arterial;</p>
--	--	--	--	---

				aneurisma; hemorragia; dissecação da artéria aorta; isquémia do membro; isquémia da artéria mesentérica; rutura do cateter-balão; tromboembolismo; infecção local e sistémica; trombocitopenia; hemólise).
Shinn e Joseph (1994) / PubMed / Journal of Cardiovascular Nursing	Descrever os conceitos e mecanismos de contrapulsação bem como as indicações e contra-indicações; Identificar as intervenções de enfermagem que minimizam complicações e <i>troubleshooting</i>	-	Revisão da literatura / 5b	Vigiar pulsos periféricos; Elevação da cabeceira a 30°; Vigiar local de inserção do cateter-balão; Monitorizar parâmetros analíticos; Monitorizar o débito urinário; Vigiar dor torácica; Monitorizar parâmetros hemodinâmicos. Rutura do cateter-balão Vigiar tubuladura do cateter-balão. Diminuição do aumento diastólico Monitorizar o nível da bala de hélio; Monitorizar a curva de pressão arterial. Paragem cardiorrespiratória

				<p>Ajustar o <i>trigger</i> durante a paragem cardiorrespiratória.</p> <p>Remoção do cateter-balão</p> <p>Realizar compressão manual durante, pelo menos, 30 minutos;</p> <p>Vigiar sinais de hemorragia e/ou hematoma;</p> <p>Vigiar sinais de infeção;</p> <p>Vigiar pulsos periféricos a cada 15 minutos na primeira hora e depois a cada 4 horas nas horas seguintes;</p> <p>Elevação da cabeceira a 30°;</p> <p>Manter membro inferior em extensão durante 2 horas;</p> <p>Monitorizar parâmetros hemodinâmicos.</p>
Garrett e Grady (2000) / PubMed / Progress in Cardiovascular Nursing	Descrever a inserção do cateter-balão pela artéria ilíaca comum, a gestão pré e pós-operatória e	-	Revisão da literatura / 5b	<p>Elevar cabeceira a 30°;</p> <p>Monitorização de parâmetros hemodinâmicos;</p> <p>Disponibilizar suporte educacional à pessoa e sua família;</p> <p>Vigiar dor;</p>

	de complicações .		<p>Monitorizar o traçado cardíaco; Monitorizar <i>trigger</i>; Administrar anticoagulação, quando prescrita; Monitorizar o estado de consciência; Monitorizar o débito urinário e o balanço hídrico; Vigiar pele; Vigiar penso do cateter-balão.</p> <p>Intervenções de enfermagem na prevenção e gestão de complicações:</p> <p>Isquémia do membro Vigiar pulsos periféricos; Vigiar dor.</p> <p>Hemorragia Vigiar sinais de hemorragia retroperitoneal; Monitorizar parâmetros analíticos; Vigiar perdas sanguíneas.</p> <p>Infeção Vigiar integridade da pele.</p> <p>Rutura do cateter-balão</p>
--	-------------------	--	---

				<p>Vigiar a tubuladura do cateter-balão a cada 2 horas;</p> <p>Vigiar o local de inserção do cateter-balão;</p> <p>Monitorizar os alarmes de perda de gás;</p> <p>Monitorizar o aumento diastólico;</p> <p>Monitorizar o estado de consciência;</p> <p>Vigiar sinais e sintomas de insuficiência respiratória.</p> <p>Tromboembolismo</p> <p>Monitorizar o débito urinário;</p> <p>Monitorizar o estado de consciência;</p> <p>Vigiar pulsos periféricos;</p> <p>Monitorizar parâmetros analíticos.</p> <p>Disseção da artéria aorta</p> <p>Vigiar pulsos periféricos;</p> <p>Monitorizar força dos membros superiores;</p> <p>Vigiar sinais e sintomas de disseção da artéria aorta;</p> <p>Monitorizar o estado de consciência;</p> <p>Vigiar sinais e sintomas de choque.</p>
Sice (2006) / PubMed /	Reflexão sobre as	-	Artigo de	Monitorizar parâmetros hemodinâmicos;

Nursing in Critical Care	intervenções de Enfermagem na prevenção e gestão de complicações associados à técnica, nomeadamen te a isquemia do membro.		opinião com fundament ação teórica / 5c	Monitorizar o débito urinário; Vigiar pulsos periféricos a cada 15 minutos após a inserção. Após a 1ª hora avaliar de 30 em 30 minutos e depois de 2 em 2 horas; Monitorizar índice braço- tornozelo; Vigiar sinais de hemorragia; Elevar a cabeceira a 30°; Disponibilizar suporte psicológico à pessoa e pessoas de referência.
--------------------------------	--	--	--	--

Discussão

A partir dos estudos selecionados nesta revisão foram identificadas intervenções de enfermagem nos momentos de preparação da técnica, da sua implementação, manutenção e remoção, assim como na prevenção e gestão de complicações, nomeadamente infecção/sépsis, hemorragia e/ou hematoma, perfuração arterial, isquemia do membro, isquemia da artéria mesentérica, síndrome compartimental, hemólise, trombocitopenia, distúrbios da coagulação, tromboembolismo, aneurisma, dissecação da artéria aorta, migração do cateter-balão, ruptura e/ou aprisionamento do cateter-balão (Casado et al., 2002; Garrett & Grady, 2000; Joseph & Bates, 1990; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Murks & Juricek, 2016; O'Donovan, 2011; Piper & Bowden, 2012; Reid & Cottrell, 2006; Shinn & Joseph, 1994; Sice, 2006).

No momento de preparação para a realização da técnica, atendendo que a pessoa poderá estar consciente, o enfermeiro deverá inicialmente explicar o procedimento e assegurar o seu consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, quando posicionada a pessoa em decúbito dorsal, o enfermeiro deverá monitorizar o traçado cardíaco, os sinais vitais, vigiar os pulsos periféricos e providenciar material para a colocação do cateter-balão,

assegurando os cuidados de assépsia na sua inserção e manutenção (Joseph & Bates, 1990; Murks & Juricek, 2016; Reid & Cottrell, 2006). Reid e Cottrell (2006) defendem que deverá ser realizada a avaliação de fatores de risco antes da inserção do cateter-balão através da avaliação coloração da pele, ao tempo de preenchimento capilar, pulsos periféricos, índice braço-tornozelo, alterações de sensibilidade e/ou movimento. O'Donovan (2011) acrescenta ainda a importância de vigiar a perfusão dos membros superiores e inferiores, no início do procedimento, pois constitui-se um dado importante para comparação em futuras observações após a inserção do cateter-balão e início da técnica.

No início e no decorrer da manutenção da técnica poderá ser administrada terapêutica sedativa pelo enfermeiro, sendo que Casado et al. (2002) e Piper e Bowden (2012) referem a importância de vigiar a respiração e Garrett e Grady (2000), O'Donovan (2011), Reid e Cottrell (2006) a de avaliar sinais e sintomas de insuficiência respiratória.

No início do procedimento, o enfermeiro deverá explicar a técnica e disponibilizar suporte educacional à pessoa e sua família (Casado et al., 2002; O'Donovan, 2011). O'Donovan (2011) acrescenta ainda que a educação tem um papel fundamental no cuidado de enfermagem, em particular quando a pessoa e a sua família são confrontadas por eventos adversos. Também Garrett e Grady (2000) e Piper e Bowden (2012) corroboram com estas autoras, acrescentando a necessidade de disponibilizar suporte psicológico e espiritual à pessoa e sua família, para que ocorra uma tranquila transição de saúde-doença e fomentação de estratégias de *coping*.

Posteriormente à colocação do cateter, Casado et al. (2002) refere a necessidade de realização do penso do local de inserção do cateter-balão, garantindo a sua correta fixação à pele. Neste momento, o enfermeiro pode elevar a cabeceira, sendo que, quando o cateter é inserido via femoral, Garrett e Grady (2000), Joseph e Bates (1990), O'Donovan (2011), Reid e Cottrell (2006), Shinn e Joseph (1994) e Sice (2006) referem que a cabeceira deve ser elevada a 30°, enquanto Piper e Bowden (2012) mencionam até ao máximo de 45°. O enfermeiro deve assegurar que o membro permanece em extensão, evitando a flexão da articulação coxofemoral e flexão do joelho e ensinando a pessoa sobre as mobilizações que pode realizar (Casado et al., 2002; Joseph & Bates, 1990; O'Donovan, 2011; Shinn & Joseph, 1994). A vigilância do membro deve ser constante (Casado et al., 2002; Garrett & Grady, 2000; Joseph & Bates, 1990; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Murks & Juricek, 2016; O'Donovan, 2011; Piper & Bowden, 2012; Reid & Cottrell, 2006; Shinn & Joseph, 1994; Sice, 2006).

Relativamente à avaliação inicial dos pulsos periféricos, Joseph e Bates (1990, Murks e Juricek (2016), Reid e Cottrell (2006) são consensuais numa avaliação inicial de 15 em 15 minutos na primeira hora e posteriormente de 2 em 2 horas. Já Sice (2006) defende a avaliação inicial de 15 em 15 minutos e na hora subsequente, de 30 em 30 minutos.

O posicionamento da pessoa é recomendado a cada 2 horas bem como a massagem de conforto. Casado et al. (2002) e O'Donovan (2011) mencionam ainda a realização de exercícios respiratórios na prevenção de infecção respiratória associada à imobilidade.

Por outro lado, é fundamental a otimização da hidratação e do estado nutricional da pessoa para manutenção da integridade cutânea (Garrett & Grady, 2000; O'Donovan, 2011; Piper & Bowden, 2012; Reid & Cottrell, 2006). Na continuidade dos cuidados, o enfermeiro deverá monitorizar o traçado cardíaco, os sinais vitais, os parâmetros hemodinâmicos assim como os parâmetros inerentes à técnica, nomeadamente o *trigger*, tempo, frequência e aumento diastólico, garantindo que o balão intra-aórtico está a assegurar um suporte adequado. Os autores salientam ainda a importância do enfermeiro na vigilância de dosagens e perfusões de fármacos inotrópicos e antiarrítmicos (Garrett & Grady, 2000; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Murks & Juricek, 2016; O'Donovan, 2011; Piper & Bowden, 2012).

Relativamente à manutenção da técnica, os autores são consensuais ao salientar o papel do enfermeiro na monitorização de complicações, nomeadamente a infecção/sépsis, hemorragia e/ou hematoma, perfuração arterial, isquemia do membro, isquemia da artéria mesentérica, síndrome compartimental, hemólise, trombocitopenia, distúrbios da coagulação, tromboembolismo, aneurisma, dissecação da artéria aorta, migração do cateter-balão, rutura e/ou aprisionamento do cateter-balão (Garrett & Grady, 2000; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Murks & Juricek, 2016; O'Donovan, 2011; Piper & Bowden, 2012; Reid & Cottrell, 2006; Shinn & Joseph, 1994).

No que concerne ao risco de infecção/sépsis, os autores identificam como cuidados de enfermagem a vigilância do local de inserção do cateter-balão, da integridade do penso, a monitorização da temperatura corporal, despistando desta forma sinais de infecção (Casado et al., 2002; Garrett & Grady, 2000; Joseph & Bates, 1990; Murks & Juricek, 2016; O'Donovan, 2011; Piper & Bowden, 2012; Reid & Cottrell, 2006).

A vigilância do local de inserção e do penso do cateter-balão são também intervenções presentes quando os autores abordam complicações como a hemorragia e/ou hematoma local, enfatizando a monitorização dos parâmetros analíticos (Casado et al., 2002; Garrett & Grady, 2000; Joseph & Bates, 1990; Murks & Juricek, 2016; Piper & Bowden, 2012; Reid & Cottrell, 2006; Shinn & Joseph, 1994). A monitorização da hemoglobina e

hematócrito, das plaquetas e estudos de coagulação, incluindo tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT), tal como a manutenção de terapêutica anticoagulante em níveis terapêuticos é uma das monitorizações essenciais no controlo da técnica. A vigilância da urina, secreções, vômito e fezes para a pesquisa de sangue são também recomendadas. A presença de dor na região lombar, flancos, abdominal ou coxa também deverão ser observadas para despiste de hemorragia retroperitoneal (Garrett & Grady, 2000).

A isquémia do membro é uma das complicações mais frequentemente relatadas na literatura (Casado et al., 2002; Garrett & Grady, 2000; Joseph & Bates, 1990; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Murks & Juricek, 2016; O'Donovan, 2011; Reid & Cottrell, 2006; Sice, 2006). A vigilância dos pulsos periféricos e a avaliação da perfusão periférica são intervenções de enfermagem essenciais para o despiste de complicações como o síndrome compartimental (O'Donovan, 2011; Piper & Bowden, 2012; Reid & Cottrell, 2006).

Outra das complicações é o aneurisma e a dissecção da artéria aorta. Os cuidados de enfermagem devem focar a vigilância da dor torácica e/ou abdominal, monitorização do débito cardíaco, débito urinário, a presença de déficits neurológicos e sinais e sintomas de choque (Casado et al., 2002; Garrett & Grady, 2000; Joseph & Bates, 1990; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Murks & Juricek, 2016; Piper & Bowden, 2012; Reid & Cottrell, 2006; Shinn & Joseph, 1994).

A migração do cateter-balão é um problema frequentemente observado quando o cateter é colocado via artéria subclávia, inerente à deambulação e reabilitação motora precoces (Murks & Juricek, 2016). A migração superior do cateter-balão pode ocluir a artéria subclávia esquerda e a artéria carótida, sendo que os cuidados de enfermagem deverão incidir na monitorização do estado de consciência e vigilância de pulso periféricos, especificamente o pulso radial esquerdo (Casado et al., 2002; Garrett & Grady, 2000; Murks & Juricek, 2016; O'Donovan, 2011; Piper & Bowden, 2012; Reid & Cottrell, 2006; Sice, 2006). Ainda neste sentido, a monitorização do débito urinário, do perímetro abdominal e a vigilância da distensão abdominal são fundamentais pelo risco de migração inferior do cateter-balão e conseqüente obstrução das artérias renais e da artéria mesentérica (Garrett & Grady, 2000; Joseph & Bates, 1990; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Murks & Juricek, 2016; O'Donovan, 2011; Piper & Bowden, 2012; Reid & Cottrell, 2006; Sice, 2006). O controlo radiológico é assim de extrema importância para aferir o correto posicionamento do cateter-balão, sendo que o enfermeiro deverá assegurar a sua realização assim como vigiar achados radiológicos (Lewis, Ward & Courtney, 2009; Reid & Cottrell, 2006).

À semelhança da migração do cateter-balão, a sua rutura é sempre uma preocupação no cuidado à pessoa sob esta técnica (Murks & Juricek, 2016). Os cuidados de enfermagem envolvem a vigilância da tubuladura do cateter-balão e da perda de gás, sendo que Garrett e Grady (2000) referem que o mesmo deve ser realizado a cada duas horas, observando a presença de sangue no circuito. No caso de rutura, o enfermeiro deverá suspender a técnica, alertar a equipa médica e preparar a pessoa para a remoção imediata do balão e nova inserção (Murks & Juricek, 2016).

Durante o desmame do balão intra-aórtico, o enfermeiro deverá monitorizar a estabilidade hemodinâmica na diminuição da assistência, vigiando a dor torácica e desenvolvimento de sintomas de insuficiência cardíaca, como a dispneia, hipotensão e taquicardia (Casado et al., 2002; O'Donovan, 2011). Na remoção, a perfusão da anticoagulação deverá estar suspensa e o balão intra-aórtico colocado em *stand-by*. O enfermeiro deverá desconectar o cateter-balão da consola e colaborar na sua remoção. Após este momento o enfermeiro deve realizar compressão manual durante 20 a 40 minutos e realizar penso compressivo, sendo recomendado colocar saco compressivo (2 a 4 kg) durante 2 horas e informar a pessoa para permanecer em decúbito dorsal por 24 horas com o membro em extensão (Casado et al., 2002).

Conclusão

A revisão elaborada revela a importância dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico. As intervenções de enfermagem identificadas demonstram a necessidade de existirem equipas especializadas e treinadas no cuidado a pessoas sob esta técnica. Para além das intervenções focadas na gestão da técnica, a vigilância da pessoa com este dispositivo é transversal a todos os artigos, não descurando o suporte emocional e educacional à pessoa e o envolvimento da sua família e pessoas significativas.

A prevenção e gestão de complicações amplamente abordadas na maioria dos artigos selecionados evidenciam a importância de aquisição de competências especializadas pelas equipas de enfermagem e no impacto das mesmas na redução da morbi-mortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Casado, M. J. D., Balcones, C. F., Caminero, M. L. C., Martín, R. M. C., López, N. P., & González, C. M. (2002). Cuidados de enfermería en la implantación, mantenimiento y retirada del balón de contrapulsación intraaórtica. *Enfermería Intensiva*, *13*(4), 164–170. [https://doi.org/10.1016/s1130-2399\(02\)78083-8](https://doi.org/10.1016/s1130-2399(02)78083-8)
- Catton, J. (2006). Intra-aortic balloon pump counterpulsation. *British Journal of Cardiac Nursing*, *1*(12), 582–588.
- Garrett, K., & Grady, K. L. (2000). Intraaortic Balloon Pumping Through the Common Iliac Artery: management of the Ambulatory Intraaortic Balloon Pump Patient. *Progress in Cardiovascular NURSING*, *15*(1), 14–20. <https://doi.org/10.1111/j.0889-7204.2000.80383.x>
- Joseph, D. L., & Bates, S. (1990). Intra Aortic Ballon Pumping: Hot to Stay on Course. *The American Journal of Nursing*, *90*(9), 42–47.
- Lewis, P. A., Ward, D. A., & Courtney, M. D. (2009). The intra-aortic balloon pump in heart failure management: Implications for nursing practice. *Australian Critical Care*, *22*(3), 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2009.06.005>
- Murks, C., & Juricek, C. (2016). Balloon Pumps Inserted via the Subclavian a Artery. *AACN Advanced Critical Care*, *27*(3), 301–315. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016355>
- O'Donovan, K. (2011). Intra-aortic balloon pump therapy. *World of Irish Nursing & Midwifery*, *9*(2), 37–39.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, *372*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *13*(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Piper, R., & Bowden, T. (2012). The intra-aortic balloon pump: a nursing care study. *British Journal of Cardiac Nursing*, *7*(5), 222–229. <https://doi.org/10.12968/bjca.2012.7.5.222>
- Reid, M. B., & Cottrell, D. (2006). Nursing Care of Patients Receiving Intra-aortic Balloon

- Counterpulsation. *Critical Care Nurse*, 25(5), 40–49.
- Shinn, A. E., & Joseph, D. (1994). Concepts of intraaortic ballon counterpulsation. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 45–60. <https://doi.org/10.1097/00005082-199401000-00005>
- Sice, A. (2006). Intra-aortic balloon counterpulsation complicated by limb ischaemia: a reflective commentary. *Nursing in Critical Care*, 11(6), 297–304. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2006.00187.x>
- Webb, C. A. J., Weyker, P. D., & Flynn, B. C. (2015). Management of intra-aortic balloon pumps. *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 19(2), 106–121. <https://doi.org/10.1177/1089253214555026>

Apêndice III – Poster “Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico: Um protocolo de *scoping review*”



Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Balão Intra-Aórtico: um Protocolo de Scoping Review

Soraia Queiroz¹, Isabel Pica², Ricardo Jordão³, Rita Marques⁴, Patrícia Pontífice Sousa⁵

¹Unidade de Tratamento Intensivo Coronário do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; ²Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; ³Atendimento Permanente do Hospital CUF Tejo; ^{4,5} Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

^{1,2,3} Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização à pessoa em situação crítica da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa; ^{4,5} Professora Doutora em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

Introdução

A Contrapulsção de Balão Intra-Aórtico (BIA) foi introduzido na década de 60 para o tratamento de choque cardiogénico. Nas últimas três décadas, o BIA assumiu um papel de destaque no tratamento de doentes com falência cardíaca, sendo um dos dispositivos de assistência ventricular esquerda mais utilizados. Os doentes sob técnica de contrapulsção exigem cuidados de enfermagem especializados, que incidem na vigilância do doente e da técnica e, consequentemente, na redução de morbi-mortalidade associadas.

(Dones, Balcones, Caminero, Marth, López e González, 2002; Reid & Cottrell, 2005; Lewis, Ward & Courtney, 2009)

Objetivo

Mapear o conhecimento de forma a identificar as intervenções de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico.

Metodologia

Bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE complete, Cochrane Plus Collection, MedicLatina, SciELO e a Revistas de especialidade de cuidados intensivos, nomeadamente Critical Care Nurse e Advanced Critical Care;

Crítérios de inclusão: População com idade superior a 18 anos; internamento em Unidade Cuidados intensivos de qualquer área geográfica; sob técnica de assistência ventricular de Balão Intra-Aórtico; sem limite temporal.

Protocolo: Joanna Briggs Institute (Peters, M.; Godfrey, C.; Khalil, H.; McInerney, P.; Parker, D.; Soares, C., 2015).

Descritores DeCS/MeSH: “cuidados de enfermagem” e “balão intra-aórtico”, validados também na língua inglesa, francesa e espanhola.

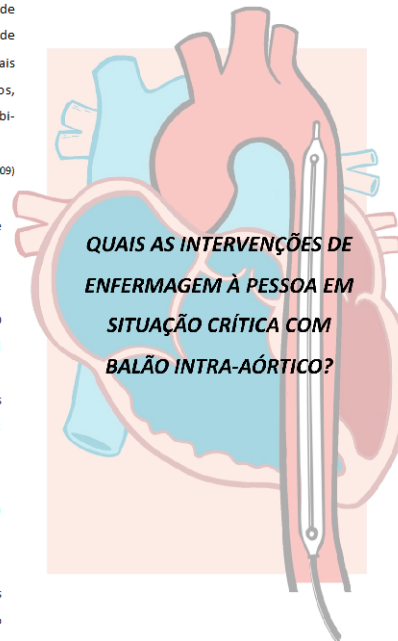
Resultados

Após pesquisa com os descritores supracitados foram identificados 757 artigos. Atendendo aos critérios de inclusão e após exclusão por título, resumo e texto, foram incluídos 10 artigos na revisão sistemática.

Conclusão

As Intervenções de Enfermagem documentadas centram-se na monitorização e vigilância do doente e da técnica, bem como na prevenção de complicações associadas à mesma.

Há evidência da importância da intervenção especializada na qualidade dos cuidados em saúde e na redução da morbi-mortalidade.



Intervenções de Enfermagem

NA VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO DO DOENTE...

- ✓ Avaliar função neurológica (Escala de Coma de Glasgow; Reflexo Pupilar; Sinais focais; despiste de migração de cateter);
- ✓ Monitorizar parâmetros vitais e hemodinâmicos;
- ✓ Vigiar dor torácica, abdominal e/ou dorsal (despiste de complicações: disseção aorta, migração do cateter-balão);
- ✓ Vigiar local de inserção do cateter-balão (pesquisa de hematoma, hemorragia e/ou sinais de infeção);
- ✓ Avaliar perfusão periférica de 15 em 15 minutos na primeira hora após colocação do cateter, a cada hora nas 2 horas seguintes e depois de 2 em 2 horas (pesquisa de pulsos periféricos; alterações neurovasculares; índice braço-tornozelo; despiste de isquémia do membro, síndrome compartimental e de migração cateter);
- ✓ Monitorizar débito urinário a cada hora (débito urinário 0,5-1ml/kg/h; despiste de migração de cateter);
- ✓ Vigiar distensão abdominal e existência de ruídos hidroaéreos (despiste de isquémia mesentérica);
- ✓ Monitorizar parâmetros analíticos, incluindo estudo da coagulação (monitorizar valores de hemoglobina, hematócrito, plaquetas e tempo de tromboplastina parcial ativada de 6/6 horas ou de acordo com protocolo institucional);
- ✓ Elevar a cabeça até um máximo de 30º (quando cateter-balão inserido na artéria femoral);
- ✓ Fornecer suporte emocional ao doente e família.

EM RELAÇÃO À TÉCNICA...

- ✓ Monitorizar a curva de pressão arterial (relacionado com aumento diastólico e com frequência do BIA);
- ✓ Monitorizar o trigger utilizado (mais frequentes trigger ECG e de pressão arterial);
- ✓ Monitorizar aumento diastólico;
- ✓ Monitorizar nível da bala de hélio;
- ✓ Vigiar cateter-balão (despiste de rutura de balão e de migração do cateter);
- ✓ Vigiar circuito de conexão do cateter-balão e consola;
- ✓ Vigiar alarmes da consola (sem trigger; BIA desconectado; Fuga de hélio; aumento diastólico abaixo do limite definido; falha do BIA).

(Joseph & Bates, 1990; Shinn & Joseph, 1994; O'Donovan, 2011; Piper, 2012; Garrett & Grady, 2000; Murks & Juricek, 2016)

Referências Bibliográficas disponíveis em:



Apêndice IV – Poster “Intervenções de enfermagem na prevenção e gestão de complicações relacionadas com o balão intra-aórtico”



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E GESTÃO DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM O BALÃO INTRA-AÓRTICO. A SCOPING REVIEW

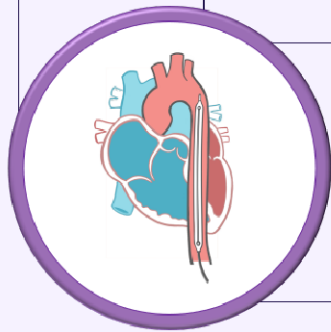
PO 591

Soraia Queiroz*, Isabel Pica**, Ricardo Jordão***, Rita Marques****, Patrícia Pontífice Sousa****

*Unidade de Tratamento Intensivo Coronário do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; **Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; ****Atendimento Permanente do Hospital da Luz; *****Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Introdução

O enfermeiro ocupa um papel privilegiado na prestação de cuidados à pessoa sob assistência ventricular de balão intra-aórtico, na observação, monitorização e consequente prevenção de potenciais complicações¹



Objetivos

Mapear o conhecimento para **identificar as intervenções de enfermagem** na prevenção e gestão de complicações relacionados com o balão intra-aórtico.

Questão de Investigação

Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e gestão de complicações relacionadas com o balão intra-aórtico?

Métodos

Critérios de inclusão

- Idade > a 18 anos
- Internamento em unidade de cuidados intensivos
- Assistência ventricular específica de balão intra-aórtico
- Sem limite temporal
- Artigos nos idiomas português, inglês, francês e espanhol

Protocolo Joanna Briggs Institute

Descritores DeCS/MeSH

“cuidados de enfermagem” e “balão intra-aórtico”

Resultados ➡ Identificados 757 artigos e incluídos 10 na revisão

Intervenções de enfermagem na prevenção e gestão de complicações

Avaliar	os fatores de risco antes da inserção do cateter-balão, índice braço-tornozelo
Monitorizar	estado de consciência, traçado cardíaco, parâmetros hemodinâmicos, perímetro abdominal, parâmetros analíticos, débito urinário, trigger e curva de pressão arterial
Vigiar	pulsos periféricos, dor torácica e abdominal, distensão abdominal, local de inserção do cateter-balão, sinais de infeção, sinais de hemorragia e/ou hematoma, achados radiológicos, aumento diastólico, tubuladura do cateter-balão, conexões e nível da bala de hélio
Assegurar	cuidados de assepsia na colocação e manutenção do cateter-balão
Disponibilizar	suporte educacional e emocional
Posicionar	a pessoa
Elevar	a cabeceira a 30º 2-6

Conclusão

A prevenção e gestão de complicações revelam a **importância de aquisição de competências especializadas pelas equipas de enfermagem.**

Referências bibliográficas disponíveis em:



Apêndice V – Comunicação oral “Balão intra-aórtico”

CÁTOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA

BALÃO INTRA-AÓRTICO (BIA)

Departamento de Coração e Vasos
Hospital de Santa Maria

Docente: Professora Doutora Rita Marques
Discentes: Soraia Queiroz, Isabel Pica, Ricardo Jordão

1

SUMÁRIO

Principais objetivos da Contrapulsção

Indicações e contraindicações

A contrapulsção

Gestão do BIA

Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com BIA: A scoping review

Considerações finais

2

PRINCIPAIS OBJETIVOS DO BALÃO INTRA-AÓRTICO

- ✓ Aumentar a oferta de oxigênio ao miocárdio;
- ✓ Reduzir o trabalho do ventrículo esquerdo;
- ✓ Melhorar o débito cardíaco;
- ✓ Melhorar a perfusão das artérias coronárias.

(Webb, Weyker, & Flynn, 2015)



3

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

INDICAÇÕES

<ul style="list-style-type: none"> Insuficiência ventricular esquerda após cirurgia cardíaca Complicações de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) Angina recorrente pós-EAM Angina instável refratária à terapêutica Miocardiopatia Estabilização pré-operatória Estabilização hemodinâmica durante angioplastia coronária transluminal percutânea 	<ul style="list-style-type: none"> Regurgitação aórtica Disseção da aorta Aneurisma aórtico Existência de stents ou enxertos aórticos Doença vascular periférica grave Doentes com falência multiorgânica sem capacidade de recuperação Revisão do doente ou Ordem de Não Reanimação
---	---

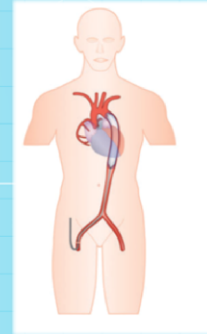
CONTRAINDICAÇÕES

4

POSICIONAMENTO DO BIA

- Ponta do balão na aorta torácica descendente;
- 2 a 3cm distal da artéria subclávia esquerda;
- Acima das artérias renais.

(Garrett, 2000; O'Donovan, 2011)



Perda de pulso radial esquerdo pode indicar migração proximal do cateter e obstrução da artéria subclávia.

Diminuição do débito urinário pode indicar migração do cateter e obstrução das artérias renais.

(O'Donovan, 2011)

5

COMPONENTES DO BALÃO INTRA-AÓRTICO



CATETER-BALÃO

Cateter rígido de material plástico polimerizado que tem na sua extremidade um balão cilíndrico, de biocompatibilidade elevada e baixa trombogenicidade.

Como escolher o tamanho do cateter-balão?

Specifications	MEGA	LINEAR	MEGA	LINEAR	MEGA	LINEAR
Balloon Size	30cc	25cc	40cc	34cc	50cc	40cc
Patient Height	< 5'0" (<152cm)	< 5'0" (<152cm)	5'0" to 5'4" (152-162cm)	5'0" to 5'4" (152-162cm)	5'4" & taller (162-183cm)	5'4" to 6'0" (162-183cm)
Catheter/ Sheath Size	7.5Fr.	7.5Fr.	7.5Fr.	7.5Fr.	8Fr.	7.5Fr.
Balloon Diameter	16mm	15mm	16mm	15mm	17.4mm	15mm
Balloon Length	178mm	165mm	229mm	221mm	258mm	258mm



Hélio ou dióxido de carbono podem ser utilizados como gás.

Hélio é preferencial pela sua baixa densidade, maior rapidez e inativo metabolicamente.

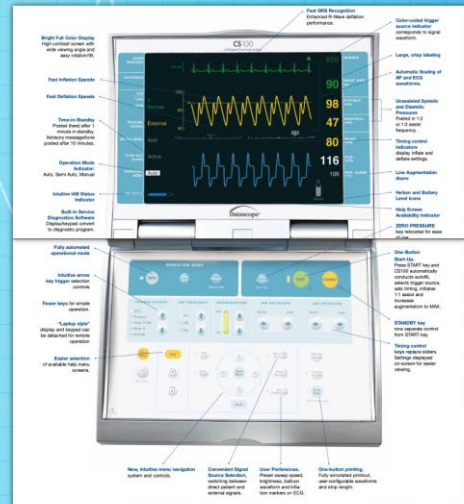
6

COMPONENTES DO BALÃO INTRA-AÓRTICO



CONSOLA

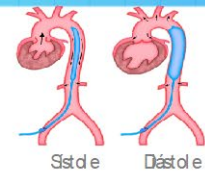
- ✓ Monitor
- ✓ Unidade controladora
- ✓ Computador interno
- ✓ Bala de gás
- ✓ Touchpad
- ✓ Baterias
- ✓ Secção pneumática



7

CONTRAPULSAÇÃO

- Princípio de contrapulsão (inflação na diástole e deflação na sístole)
 - A inflação na diástole aumenta a perfusão coronária e o funcionamento do miocárdio.
 - A deflação imediatamente antes da sístole evita o aumento da resistência ao esvaziamento do ventrículo esquerdo.
- O BIA é programado para assistir a cada batimento (1:1) ou com menor frequência (1:2, 1:3, 1:4).



(Reid & Cottrill, 2005)

8

EFEITOS FISIOLÓGICOS E HEMODINÂMICOS

Efeitos pressão aórtica:

- ↓ Pressão sistólica
- ↑ Pressão diastólica

Efeitos hemtológicos:

- ↓ Hemoglobina
- ↓ Hematócrito
- ↓ Plaquetas

Efeitos ventrículo esquerdo:

- ↓ Pressão sistólica
- ↓ Pressão diastólica final
- ↓ Tensão na parede
- ↑ Fração de ejeção
- ↑ Volume ejetado

Efeitos cardíacos:

- ↓ ↓ Pós-carga
- ↓ Consumo miocárdico de oxigênio
- ↑ Débito cardíaco

Efeitos fluxo sanguíneo:

- ↑ Perfusão coronária
- ↑ Perfusão cerebral
- ↑ Fluxo sanguíneo renal

(Shinn & Joseph, 1994; Garrett, 2000; Reid & Cottrell, 2005; Lewis, Ward & Courtney, 2009)

9

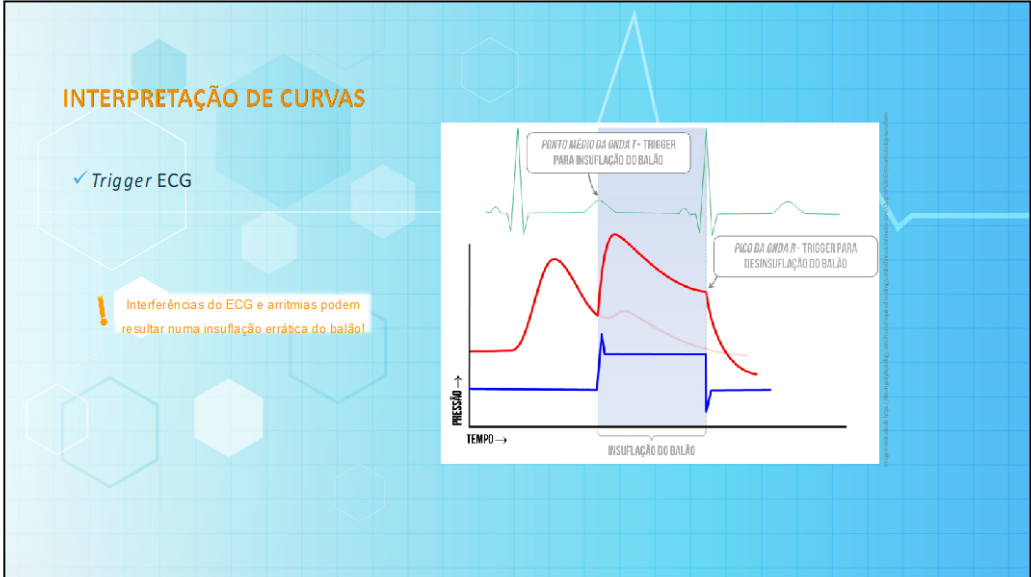
INTERPRETAÇÃO DE CURVAS

A inflação e a deflação fazem contrapulsão a cada batimento.

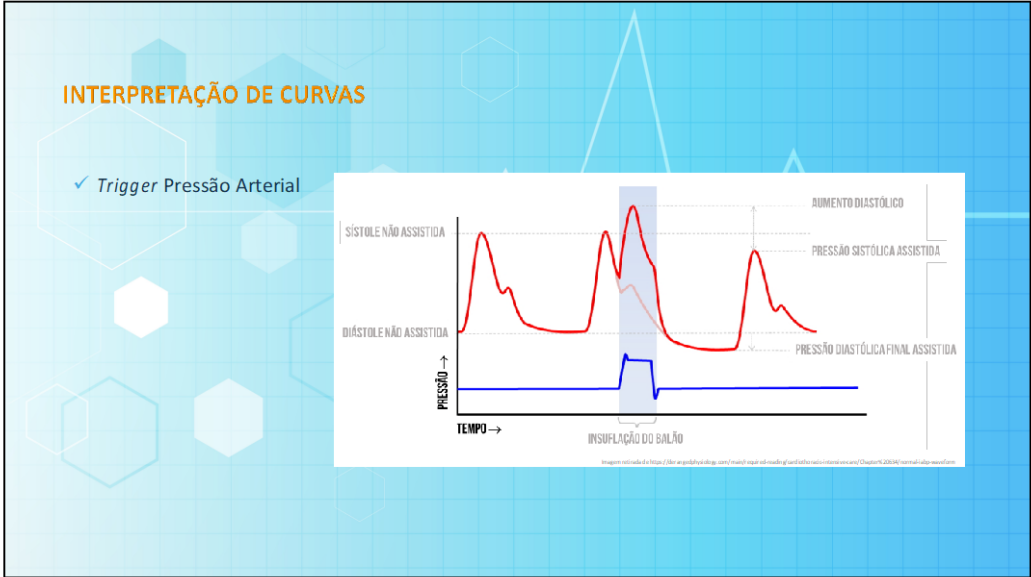
Existem diferentes Triggers...

- ✓ ECG
- ✓ Pressão
- ✓ Interno
- ✓ Marcapasso
- ✓ FA

10



11

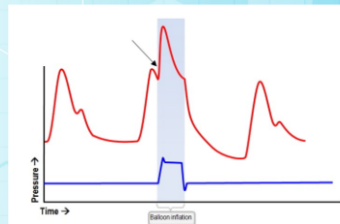


12

INTERPRETAÇÃO DE CURVAS

INFLAÇÃO PRECOCE

O BIA insufla antes do fecho da válvula aórtica.



Características da curva de pressão:

- ✓ **Insuflação antes do nó dicrótico;**
- ✓ Aumento diastólico invade a sístole.

Efeitos fisiológicos:

- ✓ Fecho prematuro da válvula aórtica;
- ✓ **Regurgitação aórtica;**
- ✓ Diminuição do débito cardíaco;
- ✓ Aumento da pós-carga do ventrículo esquerdo, da demanda de oxigênio do miocárdio e do volume/pressão diastólico final no ventrículo esquerdo.

[Shinn & Joseph, 1994; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Webb, Weyker, & Flynn, 2015]

13

INTERPRETAÇÃO DE CURVAS

INFLAÇÃO TARDIA

O BIA insufla após o encerramento da válvula aórtica



Características da curva de pressão:

- ✓ **BIA insufla após o nó dicrótico;**
- ✓ Ausência da forma pontiaguda em "V";
- ✓ Aumento diastólico mínimo.

Efeitos fisiológicos:

- ✓ **Perfusão mínima das artérias coronárias.**

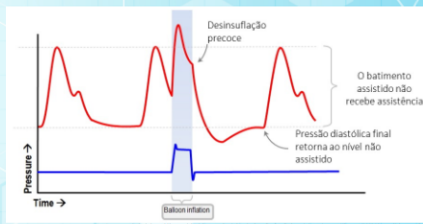
[Shinn & Joseph, 1994; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Webb, Weyker, & Flynn, 2015]

14

INTERPRETAÇÃO DE CURVAS

DEFLAÇÃO PRECOZE

O BIA desinsufia durante a fase diastólica.



Características da curva de pressão:

- ✓ A desinsuflação do BIA é visualizada como uma **quebra abrupta da curva após o aumento diastólico**.
- ✓ Aumento diastólico mínimo;
- ✓ **Reduz o tempo desejável de pressão diastólica**;
- ✓ Pressão diastólica final assistida igual ou inferior a diástole não assistida;
- ✓ Pressão sistólica assistida pode estar aumentada.

Efeitos fisiológicos:

- ✓ **Perfusão mínima das artérias coronárias**;
- ✓ Potencial para que haja fluxo sanguíneo retrógrado das artérias coronárias e carótidas;
- ✓ **Redução mínima da pós-carga**;
- ✓ **Aumento da demanda de oxigênio miocárdio**.

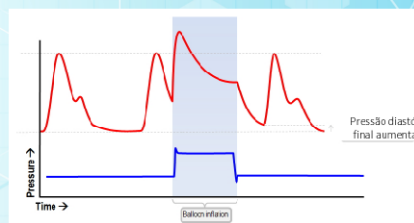
(Shinn & Joseph, 1994; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Webb, Weyker, & Flynn, 2015)

15

INTERPRETAÇÃO DE CURVAS

DEFLAÇÃO TARDIA

O BIA desinsufia após o início da sístole.



Características da curva de pressão:

- ✓ Pressão diastólica final assistida igual ou inferior a diástole não assistida;
- ✓ Taxa prolongada de aumento da pressão sistólica assistida;
- ✓ **Aumento diastólico pode apresentar-se mais amplo**.

Efeitos fisiológicos:

- ✓ **Aumento da resistência ao desempenho do VE**;
- ✓ **Maior consumo de oxigênio** pelo miocárdio causado pela ejeção do ventrículo esquerdo contra maior resistência;
- ✓ **Fase de contração isovolumétrica prolongada**;
- ✓ **Impedimento da ejeção do ventrículo esquerdo e aumento da pós-carga**.

(Shinn & Joseph, 1994; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Webb, Weyker, & Flynn, 2015)

16



17



18

GESTÃO DO BALÃO INTRA-AÓRTICO

ALARMES MAIS COMUNS

<p>BAIXO HÉLIO</p> <div style="background-color: #0056b3; height: 15px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Substituir o cilindro; <input type="checkbox"/> Certificar de que a adaptação esteja totalmente apertada. 	<p>FALHA DO BIA</p> <div style="background-color: #0056b3; height: 15px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falha na consola / computador BIA; <input type="checkbox"/> Verificar cabos elétricos; <input type="checkbox"/> Averiguar presença de sangue no sistema. 	<p>AUMENTO DIASTÓLICO ABAIXO DO LIMITE DEFINIDO</p> <div style="background-color: #0056b3; height: 15px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limite de alarme definido muito alto; <input type="checkbox"/> Mudança repentina na hemodinâmica: pressão arterial média, volume sistólico, frequência cardíaca. Tratar de acordo e considere ajustar o limite; <input type="checkbox"/> Procurar sinais de deslocamento do balão.
---	--	--

(Webb, Weyker, & Flynn, 2015)

19

GESTÃO DO BALÃO INTRA-AÓRTICO

ANTICOAGULAÇÃO

- ✓ Não existem recomendações gerais, variando entre serviços e ajustado a cada doente;
- ✓ Perfusão contínua de heparina:
 - ✓ Controlo do aPTT de 6/6h com valores de referência entre 60-90 seg.;
 - ✓ ACT entre os 200-250 seg.
- ✓ Doentes com HBPM.

(Piper & Bowden, 2012)

20

GESTÃO DO BALÃO INTRA-AÓRTICO

CRITÉRIOS PARA DESMAME DO BIA

- ✓ Resolução completa ou parcial do choque cardiogénico
 - ✓ Diminuição ou ausência de suporte inotrópico
 - ✓ Monitorizar função cardíaca através de ecografia transtorácica/transesofágica
 - ✓ Diminuição do lactato
 - ✓ Diurese >0,5ml/Kg/h

ESTRATÉGIAS

- ✓ Diminuição da proporção (1:1; 1:2 ; 1:3)
- ✓ Em caso de suporte vasoativo: desmame progressivo.
- ✓ Avaliação hemodinâmica a cada 30 minutos após o início do desmame.

(Casado Dones, Balzones, Caminero, Martín, López & González, 2002)

21

GESTÃO DO BALÃO INTRA-AÓRTICO

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

- Em caso de PCR, o BIA deve ser colocado com *trigger* da curva de pressão, de modo a facilitar o aumento do BIA durante as compressões torácicas;
- O BIA, caso não reconheça quaisquer *trigger*, pode ser colocado em *stand-by* até reversão da PCR;
- Durante a desfibrilhação, o BIA pode ser mantido mas devem-se afastar da consola e das conexões.

(Webb, Weyker, & Flynn, 2015)

22

GESTÃO DO BALÃO INTRA-AÓRTICO

COMPLICAÇÕES DO BIA

VASCULARES	
Isquémia	<ul style="list-style-type: none">✓ Visceral (intestino, renal)✓ Extremidades✓ Síndrome compartimental✓ Isquemia da medula espinhal✓ Acidente vascular cerebral
Lesão Arterial	<ul style="list-style-type: none">✓ Dissecção✓ Aneurisma / pseudoaneurisma✓ Laceração✓ Hemorragia✓ Hematoma
Tamponamento cardíaco	
Trombose	
Canulação acidental da veia femoral	

(Shinn & Joseph, 1994; Garrett, 2000; Casado Dones, Balcones, Caminero, Martín, López & González, 2002; Reid & Cottrell, 2005; O'Donovan, 2011; Piper & Bowden, 2012)

23

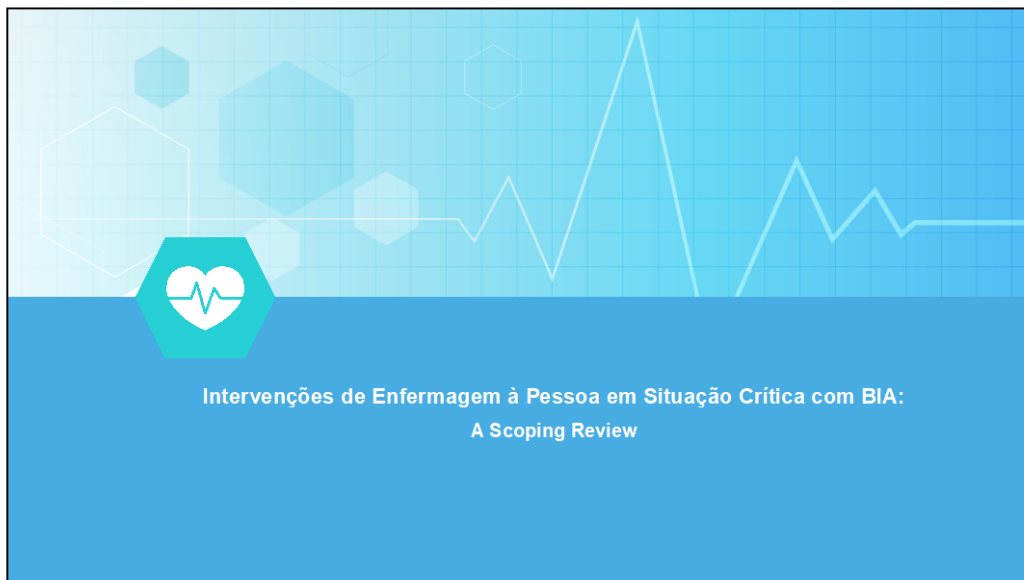
GESTÃO DO BALÃO INTRA-AÓRTICO

COMPLICAÇÕES DO BIA

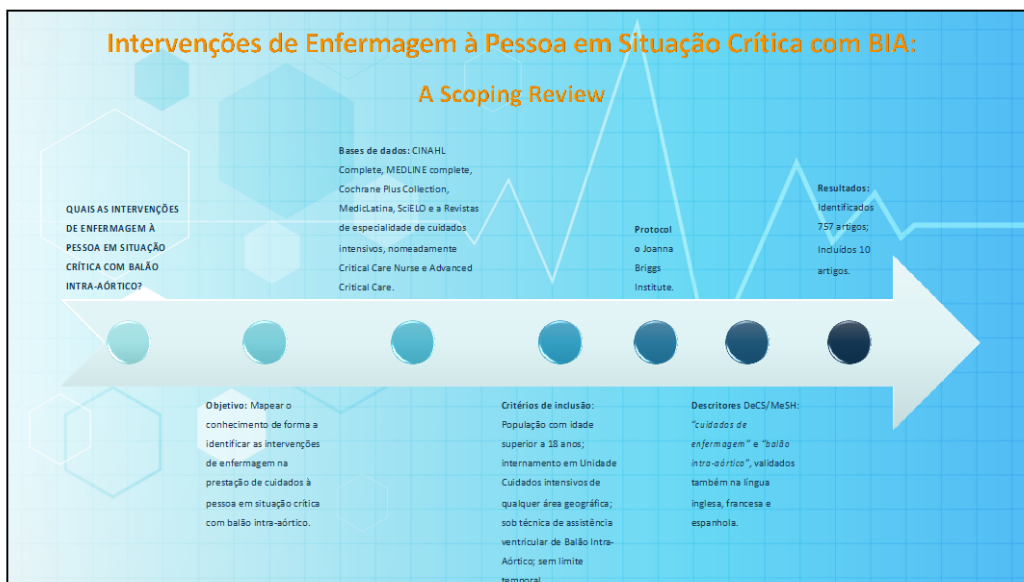
RELACIONADO COM O BIA	
Rutura do Balão	<ul style="list-style-type: none">✓ Embolia Gasosa✓ Hemólise✓ Trombocitopénia
Aprisionamento do cateter-balão	<ul style="list-style-type: none">✓ Dissecção✓ Aneurisma / pseudoaneurisma✓ Laceração✓ Hemorragia✓ Hematoma
Migração do cateter-balão	<ul style="list-style-type: none">✓ Alteração do estado de consciência;✓ Perda de pulso radial esquerdo;✓ Isquémia da mesentérica;✓ Oligoanúria/anúria.
Infeção/Sépsis	

(Shinn & Joseph, 1994; Garrett, 2000; Casado Dones, Balcones, Caminero, Martín, López & González, 2002; Reid & Cottrell, 2005; O'Donovan, 2011; Piper & Bowden, 2012)

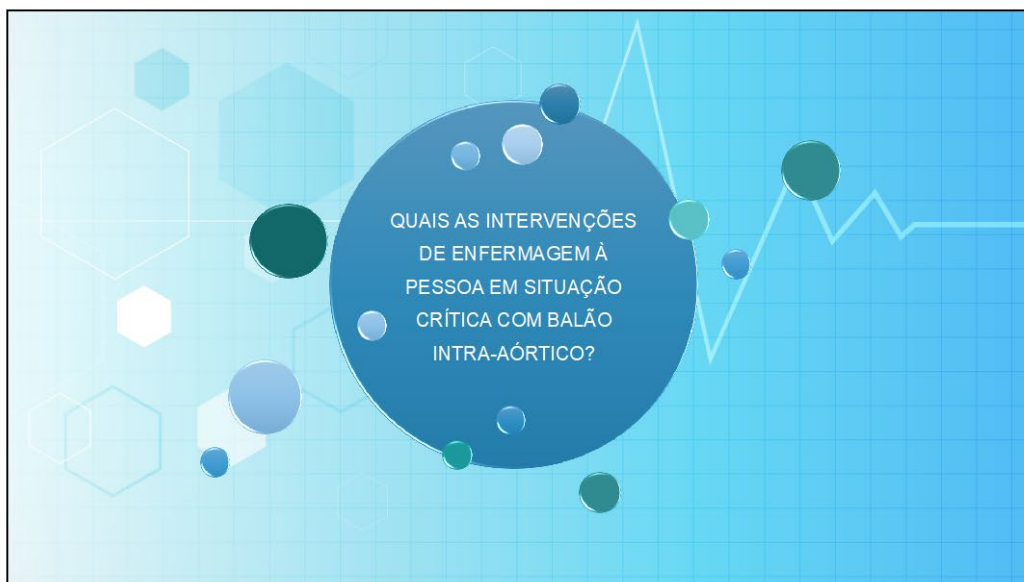
24



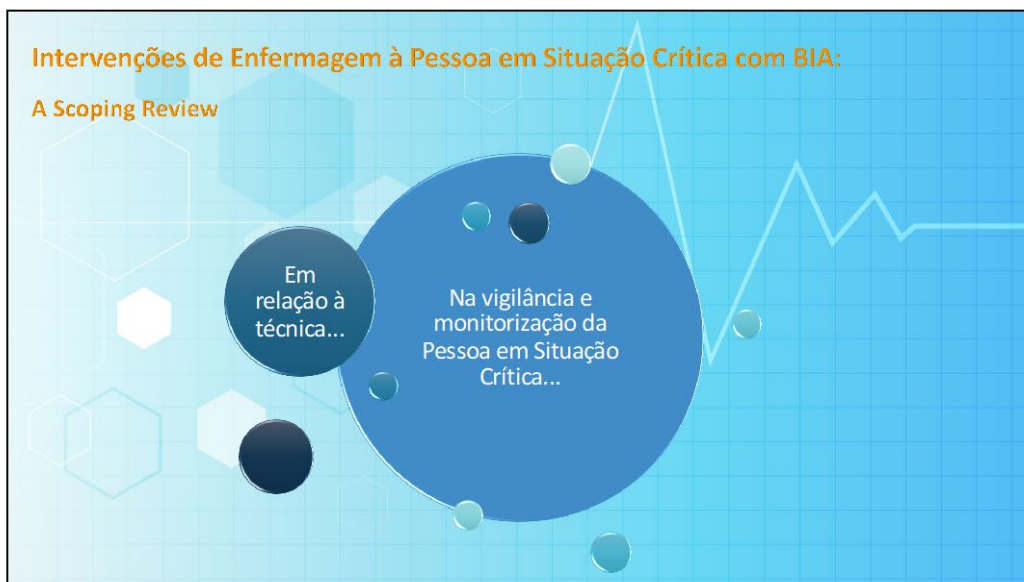
25



26



27



28

NA VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA...

- Avaliar função neurológica (Escala de Coma de Glasgow; Reflexo Pupilar; Sinais focais; despiste de migração de cateter);
- Monitorizar parâmetros vitais e hemodinâmicos;
- Vigiar dor torácica, abdominal e/ou dorsal (despiste de complicações: disseção aorta, migração do cateter-balão);
- Vigiar local de inserção do cateter-balão (pesquisa de hematoma, hemorragia e/ou sinais de infeção);
- Avaliar perfusão periférica de 15 em 15 minutos na primeira hora após colocação do cateter, a cada hora nas 2 horas seguintes e depois de 2 em 2 horas (pesquisa de pulsos periféricos; alterações neurovasculares; índice braço-tornozelo; despiste de isquemia do membro, síndrome compartimental e de migração cateter);
- Monitorizar débito urinário a cada hora (débito urinário 0,5-1ml/kg/h; despiste de migração de cateter);
- Vigiar distensão abdominal e existência de ruídos hidroáereos (despiste de isquemia mesentérica);
- Monitorizar parâmetros analíticos, incluindo estudo da coagulação (monitorizar valores de hemoglobina, hematócrito, plaquetas e tempo de tromboplastina parcial ativada de 6/6 horas ou de acordo com protocolo institucional);
- Elevar a cabeça até um máximo de 30° (quando cateter-balão inserido na artéria femoral);
- Fornecer suporte emocional ao doente e família.

(Joseph & Bates, 1990; Shinn & Joseph, 1994; O'Donovan, 2011; Piper, 2012; Garrett & Grady, 2000; Murks & Juricek, 2016)

29

EM RELAÇÃO À TÉCNICA...

- Monitorizar a curva de pressão arterial (relacionado com aumento diastólico e com frequência do BIA);
- Monitorizar o *trigger* utilizado (mais frequentes *trigger* ECG e de pressão arterial);
- Monitorizar aumento diastólico;
- Monitorizar nível da bala de hélio;
- Vigiar cateter-balão (despiste de rutura de balão e de migração do cateter);
- Vigiar circuito de conexão do cateter-balão e consola;
- Vigiar alarmes da consola (sem *trigger*; BIA desconectado; Fuga de hélio; aumento diastólico abaixo do limite definido; falha do BIA).

(Joseph & Bates, 1990; Shinn & Joseph, 1994; O'Donovan, 2011; Piper, 2012; Garrett & Grady, 2000; Murks & Juricek, 2016)

30

CONSIDERAÇÕES FINAIS...

Intervenções de Enfermagem focadas no doente, na técnica e na prevenção e gestão de complicações.

Há evidência da importância da intervenção especializada na qualidade dos cuidados em saúde.

31

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Casado Donés, M.; Balcones, C.; Caminero, M.; Martín, R.; López, R.; González, C. (2002). Cuidados de enfermería en la implantación, mantenimiento y retirada del balón de contrapulsación intraaórtica. *Enfermería Intensiva*, 13(4):164-170.
- Garrett, K.; Grady, K. (2000). Intraaortic Balloon Pumping Through the Common Iliac Artery: Management of the Ambulatory Intraaortic Balloon Pump Patient. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15(1):14-20.
- Joseph, D.; Bates, S. (1990). Intra-aortic Balloon Pumping: how to stay on course. *The American Journal of Nursing*, 90 (9): 42-47.
- Lewis, P.; Ward, D.; Courtney, M. (2009). The intra-aortic balloon pump in heart failure management: Implications for nursing practice. *ACCCN Australian Critical Care*, 22: 125-131.
- Murks, C.; Juricek, C. (2016). Balloon Pumps Inserted via the Subclavian Artery: Bridging the Way to Heart Transplant. *AACN Advanced Critical Care*, 27 (3): 301-315.
- O'Donovan, K. (2011). Intra-aortic Balloon Pump Therapy. *World of Irish Nursing*, 19 (2):37-39.
- Parisis, H., Graham, V., Lampridis, S., Lau, M., Hooks, G., & Mhandu, P. (2016). IABP: history-evolution-pathophysiology-indications: what we need to know. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 11(122), 1-13.
- Piper, R.; Bowden, T. (2012). The intra-aortic balloon pump: a nursing care study. *British Journal of Cardiac Nursing*, 7 (5): 222-229.
- Reid, M.; Cottrell, D. (2005). Nursing Care of Patients Receiving Intra-Aortic Balloon Counterpulsation. *AACN Critical Care Nurse*, 25 (5): 40-49.
- Shinn, A.; Joseph, D. (1994). Concepts of intraaortic balloon counterpulsation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8 (2): 45-60.
- Webb, C. A., Weyker, P. D., & Flynn, B. C. (2015). Management of Intra-Aortic Balloon Pumps. *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*.

32



33

Apêndice VI – Poster “A Escuta no Cuidado de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura



A ESCUTA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM: Uma Revisão Integrativa da literatura

Ricardo Jordão *, Isabel Pica**, Soraia Queiroz ***, Rita Marques****, Patrícia Pontífice Sousa****

* Atendimento Urgente Adultos do Hospital da Luz; ** Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; *** Unidade de Tratamento Intensivo Coronário do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; **** Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

PO 592

Introdução

Mais antiga competência do cuidar.

Componente essencial do cuidado de enfermagem.

Imprescindível para a prática de enfermagem, refletindo o fundamento de todas as relações interpessoais significativas.

Para a comunicação ser efetiva a pessoa tem que sentir que está a ser ouvida e compreendida, existindo um genuíno interesse na mensagem transmitida¹⁻².

Objetivo

Identificar os benefícios da escuta no cuidado de enfermagem.

Questão de Investigação

Quais os benefícios da escuta no cuidado de enfermagem?

Métodos

Revisão integrativa da literatura realizada na plataforma EBSCOhost e PubMed.

Descritores DeCS/MESH “nursing care” e “nurs*” com a conjugação da palavra-chave “listening”.

Período temporal de 2001 a 2021.

Incluídos estudos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

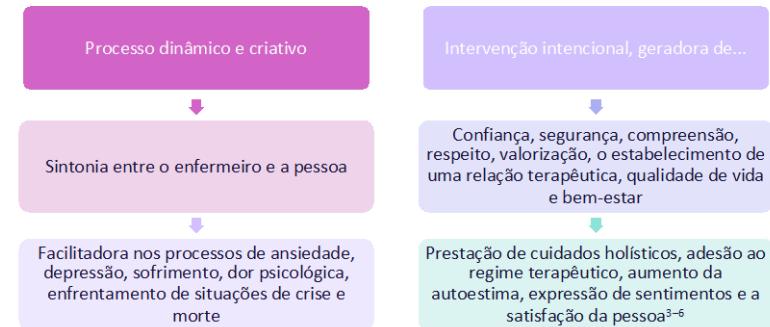
Resultados

Identificados 246 artigos e incluídos 6 artigos nesta revisão integrativa.

- Empatia
- Silêncio
- Comunicação verbal e não verbal
- Capacidade de não julgar
- Aceitação
- Assertividade
- Presença



- Ato criativo
- Consciência
- Intencionalidade
- Participação ativa
- Compreensão
- Respeito
- Compaixão



Conclusão

A escuta emerge em todos os artigos analisados como uma componente fundamental do cuidado de enfermagem, atendendo às necessidades da pessoa e permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa.

Referências Bibliográficas disponíveis em:



ANEXOS

Anexo I – “World Health Organization Surgical Safety Checklist”

Surgical Safety Checklist

Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?

- Yes

Is the site marked?

- Yes
 Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?

- Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?

- Yes

Does the patient have a:

Known allergy?

- No
 Yes

Difficult airway or aspiration risk?

- No
 Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?

- No
 Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Confirm all team members have introduced themselves by name and role.

Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?

- Yes
 Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:

- What are the critical or non-routine steps?
 How long will the case take?
 What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:

- Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:

- Has sterility (including indicator results) been confirmed?
 Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?

- Yes
 Not applicable

Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:

- The name of the procedure
 Completion of instrument, sponge and needle counts
 Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
 Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

- What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009

**Anexo II – Certificado de presença nas IV Jornadas de Medicina Intensiva
“Ressuscitação – Técnicas de circulação extracorporal em Medicina
Intensiva”**



**VI JORNADAS TÉCNICAS DE
MEDICINA INTENSIVA**



RESSUSCITAÇÃO

**Técnicas de circulação extracorporeal
em Medicina Intensiva**

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

CERTIFICADO

Certificamos que,

RICARDO JORDÃO

esteve presente nas **VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 04 e 05 de novembro de 2021, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 05 de novembro de 2021



Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas