



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 na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A ESCUTA E O CONFORTO
NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA
FAMÍLIA

LISTENING AND COMFORT
IN CARE FOR CRITICALLY ILL PATIENT AND THEIR
FAMILY

Por
Isabel Guerreiro Pica

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 na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A ESCUTA E O CONFORTO
NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA
FAMÍLIA

LISTENING AND COMFORT
IN CARE FOR CRITICALLY ILL PATIENT AND THEIR
FAMILY

Por

Isabel Guerreiro Pica

Sob a Orientação da Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, 2022

“Gosto de pensar que tudo se passa como um *puzzle* em que a peça certa encaixa sempre sem dobrar e sem forçar (...) Claro que não está na nossa mão encaixar todas as peças e muitas nos fazem sofrer ou vergar um bocado, mas é bom reter esta imagem para aplicar, pelo menos, nos momentos em que está nas nossas mãos decidir. Sentir que a escolha que fazemos nos deixa mais confortáveis, mais alinhados com a nossa verdadeira natureza e mais em paz é como sentir a peça do *puzzle* a encaixar. Mesmo que (...) não se trate de uma escolha fácil. O sinal mais evidente é sempre a forma como a escolha nos assenta e as peças encaixam umas nas outras.”

(Alves, 2003, p.116).

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Rita Marques por toda a disponibilidade, motivação e carinho ao longo deste caminho.

À Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa por todas as palavras de inspiração e alento.

Aos Enfermeiros Orientadores pelo exemplo, pela coragem, estímulo e confiança no meu trabalho.

À Soraia, a amiga especial que quero ter sempre a meu lado e que fez de mim uma pessoa melhor.

Ao Ricardo pelo trabalho em equipa e pelos momentos de partilha.

À minha querida Mãe e ao meu querido Pai, que tanto amo e de quem tanto me orgulho de ser filha. Desculpem os quilómetros que ficaram por fazer de Lisboa ao Alentejo!

Ao meu Irmão pelo seu sentido de humor e presença.

Ao Álvaro por ser o meu abraço, onde sinto a minha calma.

À Géninha, a minha segunda Mãe, por dar asas aos meus sonhos e por toda a ternura.

À minha Madrinha que mesmo do outro lado do mundo, não me deixou de mimar e acreditar em mim.

A toda a minha família e amigos pelo tempo que não lhes dei.

Aos meus colegas de unidade a quem quero retribuir toda a ajuda e partilhar os meus ensinamentos.

A todos aqueles a quem cuido diariamente: para quem eu quero ser mais e melhor!

RESUMO

O relatório surge no enquadramento da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Pretendo, através de uma estrutura sistematizada e coerente, evidenciar resultados obtidos através da investigação e refletir situações vivenciadas ao longo dos estágios realizados, demonstrando o meu desenvolvimento de competências pessoais e profissionais durante este percurso, no sentido de melhorar a qualidade e a humanização dos cuidados prestados.

O primeiro capítulo incide numa Análise de Conceito de Escuta nos Cuidados de Enfermagem, de acordo com o método de análise conceptual de Rodgers. A Escuta é crucial para os Cuidados de Enfermagem, para o estabelecimento de relações terapêuticas com a Pessoa/Família e potencia a empatia, a compaixão, o silêncio e a presença.

O segundo capítulo incide inicialmente na minha experiência profissional em Cuidados Intensivos Pediátricos, facto este que me levou a ter creditação ao estágio inserido na Unidade Curricular anterior de Vigilância e Decisão Clínica. Posteriormente, este capítulo aborda o Estágio Final que ocorreu em dois contextos: o primeiro em contexto de Serviço de Urgência Polivalente e o segundo em contexto de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico. Para os respetivos estágios foram delineados objetivos no âmbito da prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica e Família e no âmbito da melhoria dos Cuidados prestados, de acordo com as necessidades de cada contexto. De referir o papel marcante da Escuta neste processo de compreensão das necessidades da Pessoa e na prestação de cuidados.

A estrutura teórica subjacente ao presente relatório assenta na prática clínica e no grande pilar da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba fundamental para a promoção do bem-estar da Pessoa e sua Família, e geradora de uma prestação de cuidados humanizada.

Acredito, assim, demonstrar todo o percurso e desenvolvimento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, bem como de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Palavras – chave: Escuta; Conforto; Pessoa em Situação Crítica; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

This report is written within the framework for the completion of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for Critically Ill Patients, at the Nursing School of the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University of Lisbon. I aim, through a systematic and coherent structure, to highlight results obtained through research and experience during clinical instruction. In doing so, I intend to demonstrate my development of personal and professional skills gained during this journey; skills which will be used to improve the quality and humanization of care provided in the future.

The first chapter focuses on an Analysis of the Concept of Listening in Nursing Care, according to Rodgers' method of conceptual analysis. Listening is crucial in Nursing Care for the establishment of therapeutic relationships with the Person/Family and enhances empathy, compassion, silence and presence.

The second chapter initially focuses on my professional experience in Pediatric Intensive Care, an experience that led me to seek the accreditation for clinical teaching included in the previous Curricular Unit of Surveillance and Clinical Decision. Subsequently, this chapter addresses the Final Stage that took place in two contexts: the first in a Multipurpose Emergency Service and the second in the Pediatric Interhospital Transport. For the respective internships, objectives were outlined within the scope of the provision of Specialized Nursing Care to Critically Ill Patients and their Families and within the scope of improving the care provided, according to the needs in each context. It is worth mentioning the outstanding role of Listening in this process of understanding the needs of the Person and in the provision of care.

The theoretical structure underlying this report is based on clinical practice and on the main pillar of Katherine Kolcaba's Theory of Comfort, which is fundamental for the promotion of the well-being of the Person and their Family, and which generates a humanized care provision.

Thus, I believe that I am able to demonstrate the entire path and development of the Common Skills of Specialist Nurses, as well as of the Specific Skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Nursing Area of Critical Care.

Keywords: Listening, Comfort, Person in Critical Situation, Nursing Care

ÍNDICE DE SIGLAS

ABCDE – A: *airway* (permeabilização da via aérea com controlo cervical); B: *breathing* (ventilação e oxigenação); C: *circulation* (circulação com identificação e controlo de hemorragia); D: *disability* (disfunção neurológica); E: *exposure* (exposição com controlo da temperatura)

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADP – Área de Doentes Positivos

ADR – Área Doença Respiratória

ADR-C – Área Doença Respiratória da Comunidade

APA – American Psychological Association

COVID-19 – Infecção a Sars-Cov2

CE – Carro de Emergência

CT – Centro de Trauma

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICT – Intervenção Coronária Percutânea

ISBAR – I: Identificação; S: Situação atual; B: Antecedentes; A: Avaliação;

R: Recomendações

IV – Via Intravenosa

Kg – Quilogramas

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Salas de Observação

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigênio

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TIP – Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

TPM – Triagem de Prioridades de Manchester

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE GERAL

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1. ESCUTA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DE CONCEITO | 16 |
| 2. DESCRIÇÃO DO PERCURSO REALIZADO E DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 26 |
| 2.1. CREDITAÇÃO AO ESTÁGIO DE VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA..... | 26 |
| 2.2. CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA/CUIDADOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE..... | 28 |
| 2.3. CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA (RECÉM-NASCIDO/CRANÇA/JOVEM) E SUA FAMÍLIA NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO | 44 |
| 3. CONCLUSÃO..... | 58 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 60 |
| APÊNDICES | 69 |
| APÊNDICE I - Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Balão Intra-Aórtico: A Scoping Review | 70 |
| APÊNDICE II - Poster – Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Balão Intra-Aórtico: Um Protocolo de Scoping Review..... | 99 |
| APÊNDICE III - Poster – Intervenções de Enfermagem na Prevenção e Gestão de Complicações Relacionadas com o balão Intra-Aórtico. A Scoping Review..... | 101 |
| APÊNDICE IV – Apresentação sobre Balão Intra-Aórtico | 103 |
| APÊNDICE V - Poster – A Escuta no Cuidado de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura..... | 121 |

| | |
|---|------------|
| APÊNDICE VI - Instrumento de extração de dados..... | 123 |
| APÊNDICE VII - Atributos, antecedentes, consequentes, termos substitutos e conceitos relacionados com o conceito de Escuta no Cuidado de Enfermagem | 131 |
| APÊNDICE VIII - Tabela de Apoio à Utilização de Fármacos de Emergência em Pediatria | 135 |
| APÊNDICE IX - Proposta de Reformulação da Folha de Registo de Enfermagem de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP) | 138 |
| APÊNDICE X - Folha de Registo de Enfermagem de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP) – Proposta de Reformulação | 158 |
| ANEXOS | 161 |
| ANEXO I - Certificado de Participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com a Apresentação do Poster n.º 20 com o tema “ <i>Intervenções de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Balão Intra-Aórtico: um Protocolo de Scoping Review</i> ” | 162 |
| ANEXO II - Certificado de Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos com a Apresentação do Poster n.º 591 com o tema “ <i>Intervenções de Enfermagem na Prevenção e Gestão de Complicações Relacionadas com o Balão Intra-aórtico: A Scoping Review</i> ” | 165 |
| ANEXO III - Certificado de Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos com a Apresentação do Poster n.º 592 com o tema “ <i>A Escuta no Cuidado de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura</i> ” | 167 |
| ANEXO IV - Certificado de Realização de Curso de Suporte Avançado de Vida de Trauma Pediátrico – Módulo E-learning | 169 |
| ANEXO V - Algoritmos: Suporte de Vida do Recém-Nascido e Suporte Avançado de Vida Pediátrico | 171 |
| ANEXO VI - Certificado de Presença nas VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva | 174 |
| ANEXO VII - Certificado de Realização de Curso Básico de Transporte Pediátrico e Neonatal..... | 176 |

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1. Etapas do conceito evolucionário de Rodgers..... **19**

QUADRO 2. Itens, conceitos e questões da análise conceptual do conceito de escuta, de acordo com o conceito evolucionário de Rodgers..... **20**

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Fluxograma PRISMA **21**

INTRODUÇÃO

No enquadramento da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, solicita-se a realização de um relatório, bem como a respetiva defesa pública para a obtenção do grau de Mestre e de Especialista em Enfermagem na área de Enfermagem supracitada.

Presencio, como todos presenciamos, uma progressiva aceleração da vida. Vejo, como todos vemos, novas realidades e novos desafios diários serem colocados à prova. Sinto a construção do conhecimento a reclamar aceleração. Os Cuidados de Saúde, especificamente os Cuidados de Enfermagem, assumem, hoje em dia, uma maior importância e exigência científica, técnica e humana, onde a diferenciação e a especialização são constantes. Os Enfermeiros têm, assim, desenvolvido uma prática profissional diferenciada e complexa, fulcral na garantia de Cuidados de Saúde de qualidade.

Cabe desta forma aos Enfermeiros, tal como explícito na Deontologia Profissional de Enfermagem, alínea a), ponto 1, Artigo 76.º, “Exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 30).

Concomitantemente, é de salientar na alínea e), do ponto 2, do Artigo 78.º, “A competência e o aperfeiçoamento profissional” (OE, 2015a, p. 40) como valores universais a observar na relação profissional. Nos Cuidados de Enfermagem, a competência está relacionada com a circunstância e o contexto em que acontece a intervenção do Enfermeiro, bem como o consequente aperfeiçoamento profissional, além, obviamente, da atualização de conhecimentos, sendo a formação contínua e autoformação essenciais para o desenvolvimento profissional e pessoal (OE, 2015a).

Daqui, surge a minha necessidade em percorrer este caminho que me conduzirá a Enfermeira Especialista. Daqui, surge a ânsia de procurar o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais que a formação contínua proporcionar-me-á. Daqui a urgência numa atualização constante de conhecimentos que me

possibilitem a reflexão sobre a prática na área da Pessoa em Situação Crítica. Uma vez que atualmente presto Cuidados de Enfermagem à Pessoa (especificamente Criança/Jovem, com idades compreendidas entre os 28 dias e os 18 anos) e Família, em Situação Crítica, numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) integrada num hospital na grande área de Lisboa, faz todo o sentido ter um papel proativo de atualização de saberes para dar resposta aos progressos tecnológicos, científicos e humanos, através dos quais poderei alcançar melhores resultados na prática clínica. Também faz todo o sentido compreender e atender as necessidades da cada Pessoa/Família, cada vez com mais celeridade, sensibilidade e solidariedade, de modo a promover o seu conforto e bem-estar, pois é isso que eles esperam e acreditam: que os profissionais de saúde lhes ofereçam um cuidado seguro, conforme as suas necessidades. Daí, a minha decisão em realizar o Mestrado em Enfermagem com Especialização Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Patrícia Benner (2001) salienta a experiência como elemento crucial para o desenvolvimento de competências. É através desta que o Enfermeiro aprende aquilo que é importante na situação vivenciada e extrai o seu significado. Esta autora descreve os níveis de desenvolvimento de competências do Enfermeiro (principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito) como processos, onde o Enfermeiro adquire habilidades, que, por sua vez, fazem com que o desempenho profissional seja cada vez melhor. Benner (2001) realça a diferenciação entre o conhecimento teórico “saber” e o conhecimento prático “saber fazer” assente na experiência. Desta forma, pretendo que o meu percurso, seja baseado numa prática clínica alicerçada na melhor evidência científica possível, pois só assim serão alcançados os melhores resultados e o subsequente sucesso.

O Enfermeiro Especialista, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é aquele a quem lhe é reconhecida competência técnica, científica e humana para prestar Cuidados de Enfermagem especializados na sua área (OE, 2015b). Independentemente da área em que se especializam, estes Enfermeiros partilham, por um lado, competências comuns “(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745) e, por outro, competências específicas decorrentes “(...) das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Ao longo deste percurso de especialização, a Pessoa em Situação Crítica tem sido maioritariamente o meu foco de Cuidados de Enfermagem, sendo, desta forma, essencial defini-los. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a Pessoa em Situação Crítica “(...) é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362) e os Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são “(...) altamente qualificados prestados de forma contínua (...) 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” (Regulamento nº429/2018, p. 19362). Assim, tendo em conta esta especificação e diferenciação, é crucial o conhecimento contínuo da situação da Pessoa e Família alvo de Cuidados, de modo a responder, em tempo útil e preciso, aos seus processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

É, por isso, fundamental a investigação em Enfermagem que assume uma importância própria no desenvolvimento da disciplina e otimização de cuidados (Teixeira & Barbieri-Figueiredo, 2020), ou seja, “O conhecimento gerado é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência (PBE), com uma melhoria da qualidade e dos resultados (...) a investigação possibilita a adoção de uma prática autónoma do enfermeiro e contribui para a segurança dos cuidados (...)” (Teixeira & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 8). A PBE emerge assim como uma necessidade de incluir os resultados da investigação (conhecimento) na prática clínica.

Neste sentido, em parceria com os meus colegas de Mestrado, Soraia Queiroz e Ricardo Jordão, realizámos uma Scoping Review sobre Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Balão Intra-Aórtico (Apêndice I), evidenciando os resultados em uma comunicação oral e dois posters. O primeiro tem o título “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Balão Intra-Aórtico: um Protocolo de Scoping Review” (Apêndice II) e foi apresentado no âmbito do IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa, realizado em novembro 2021 (Anexo I). O segundo tem o título “Intervenções de Enfermagem na Prevenção e Gestão de Complicações Relacionadas com o Balão Intra-Aórtico: A Scoping Review” (Apêndice III), e foi apresentado no âmbito do VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos, em fevereiro 2022 (Anexo II). Relativamente à comunicação oral, foi realizada uma apresentação em PowerPoint convertida em formato vídeo e disponibilizada aos Enfermeiros do Departamento de Coração e Vasos de um Hospital na área de Lisboa

(Apêndice IV). Embora esta Scoping Review não esteja relacionada com a minha experiência profissional atual, decidi aceitar o desafio, pois considero uma mais-valia para futuras investigações como Enfermeira Especialista.

Simultaneamente, com estes dois colegas, realizei uma Análise de Conceito de Escuta no Cuidado de Enfermagem, de acordo com o conceito evolucionário de Rodgers (2000) que consta no primeiro capítulo deste relatório. De acordo com Sousa et al. (2018), “A análise e desenvolvimento de conceitos tem permitido à enfermagem a evolução e expansão do conhecimento enquanto disciplina, a contínua reformulação e refinamento de conceitos (...)” (p.10). Com esta análise pretende-se realçar e partilhar a importância do conceito de Escuta nos Cuidados de Enfermagem. Lopes (2006, p. 7) refere que “A escuta amplia o espaço e o tempo. Dá lugar ao outro. Valoriza o indizível.” Eu concordo e acrescento que a Escuta é arte e alicerce da construção da relação terapêutica. Alguns dos resultados foram demonstrados num póster com o título “A Escuta no Cuidado de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura” (Apêndice V), também no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos, fevereiro de 2022 (Anexo III).

O segundo capítulo do relatório apresenta a experiência vivenciada ao longo dos contextos de estágio, através de exemplos vários e da respetiva descrição, análise e reflexão. Inicialmente, abordo a minha experiência profissional em Cuidados Intensivos Pediátricos que me levou a ter creditação ao estágio inserido na Unidade Curricular, A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica. Posteriormente, divido o estágio da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório em dois contextos. Como primeiro local de estágio, elegi um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de um Hospital da região de Lisboa, onde realizei 180 horas, no período compreendido entre 6 de setembro e 27 de outubro de 2021. Como segundo local de ensino clínico, a minha escolha incidiu no Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP), tendo realizado 180 horas no período compreendido entre 1 de novembro e 15 de dezembro de 2021. Desta forma consegui prestar Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ao longo do seu ciclo vital e à sua Família. Em cada ensino clínico elaborei um projeto pessoal, com um objetivo geral e dois objetivos específicos de aprendizagem, com os respetivos indicadores de processo e resultados.

Neste meu percurso, utilizo como pilar a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Esta teoria de médio alcance considera o conforto como uma necessidade básica da Pessoa Humana e um estado resultante das Intervenções de Enfermagem (Kolcaba, 2003). A autora define o conforto como um estado holístico e complexo, “(...) a experiência imediata de ser

fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade, e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental).” (Kolcaba, 2003, p.14).

Kolcaba (2003), na sua teoria, descreve como conceitos metaparadigmáticos, a Enfermagem como a apreciação intencional das necessidades de conforto da Pessoa, da Família ou da Comunidade, implementando medidas de conforto e reavaliando-as, comparativamente à apreciação inicial. Considera o Doente/Cliente como a Pessoa, Família, Instituição ou Comunidade que necessita de Cuidados de Saúde. Em relação ao Ambiente, este engloba todas as condicionantes Comunitárias, Familiares ou Pessoais que afetam o conforto e que podem ser manipuladas para promover o mesmo e a Saúde é definida como o ótimo funcionamento da Pessoa, Família ou Comunidade proporcionado pela melhoria das condições de conforto. Posto isto, ficam perceptíveis os três tipos/ estados de conforto que Kolcaba (2003) define: o alívio (estado em que uma necessidade específica é satisfeita), a tranquilidade (estado de calma ou ausência de desconforto) e a transcendência (estado em que a pessoa consegue superar o desconforto ou dor/sofrimento). Em relação aos contextos nos quais o conforto é experienciado (Kolcaba 2003), é definido o físico como conjunto de sensações corporais ou mecanismos homeostáticos; o psicoespiritual como o significado da vida da pessoa, consciência interna de si, que inclui autoestima, identidade, sexualidade, além da relação com uma identidade superior; o sociocultural como as relações interpessoais, familiares e culturais; o ambiental como condições e influências externas à condição humana (a luz, o som, a temperatura, o odor). Como Sousa (2020) refere, “O estado de conforto é mais do que o alívio do desconforto. É entendido como um fenómeno positivo, um estado imediato e multidimensional e uma sensação decorrente de qualquer experiência vivida pela pessoa (...)” (p. 24). Promover o conforto é, por isso mesmo, um dever, uma intenção, uma competência e um resultado da intervenção do enfermeiro (Sousa, 2020). Além de que, na Pessoa em Situação Crítica com incremento da utilização da tecnologia, será imprescindível lembrar a forma como cuidado, a forma como garante que os cuidados sejam realizados com mais e melhor conforto, qualidade e segurança. É este o ponto de partida: uma prestação de cuidados humanizada e individualizada, sendo nos pequenos detalhes que se faz a diferença na vida da Pessoa, do Outro.

Neste relatório são utilizadas as regras de elaboração de trabalhos escritos – Norma APA (American Psychological Association, 7.^a edição).

1. ESCUTA NO CUIDADO 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, a necessidade de auto-reconhecimento, a ansiedade, depressão, sofrimento, dor psicológica, confronto com situações de crise e morte. Neste seguimento, os consequentes identificados foram confiança, segurança, compreensão, respeito, valorização, o estabelecimento de uma relação terapêutica, a 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, expressão de 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 (Shipley, 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 (Shipley, 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 (Shiple, 2010). Na verdade, Kagan (2008a) relata que as Pessoas desejam fundamentalmente ser ouvidas durante a experiência com os profissionais de saúde. Neste sentido, Shiple (2010) refere que para a comunicação ser efetiva a Pessoa tem que sentir que está a ser escutada e compreendida, existindo um genuíno interesse pela 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 perspectiva 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 perspectiva sobre o diálogo e a Escuta como promotores de mudança na comunidade. Em suma, esta perspectiva 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 perspectiva do Enfermeiro e da Pessoa ao seu cuidado (Shiple, 2010). Desta forma, a Escuta define-se como intervenção e competência fundamentais 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, publicados em 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).

| Etapas do conceito evolucionário de Rodgers |
|--|
| 1 – Definir do conceito de interesse e os termos associados. |
| 2 – Selecionar 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, de 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 resultados estão presentes em Quadro (Apêndice VI).

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 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).

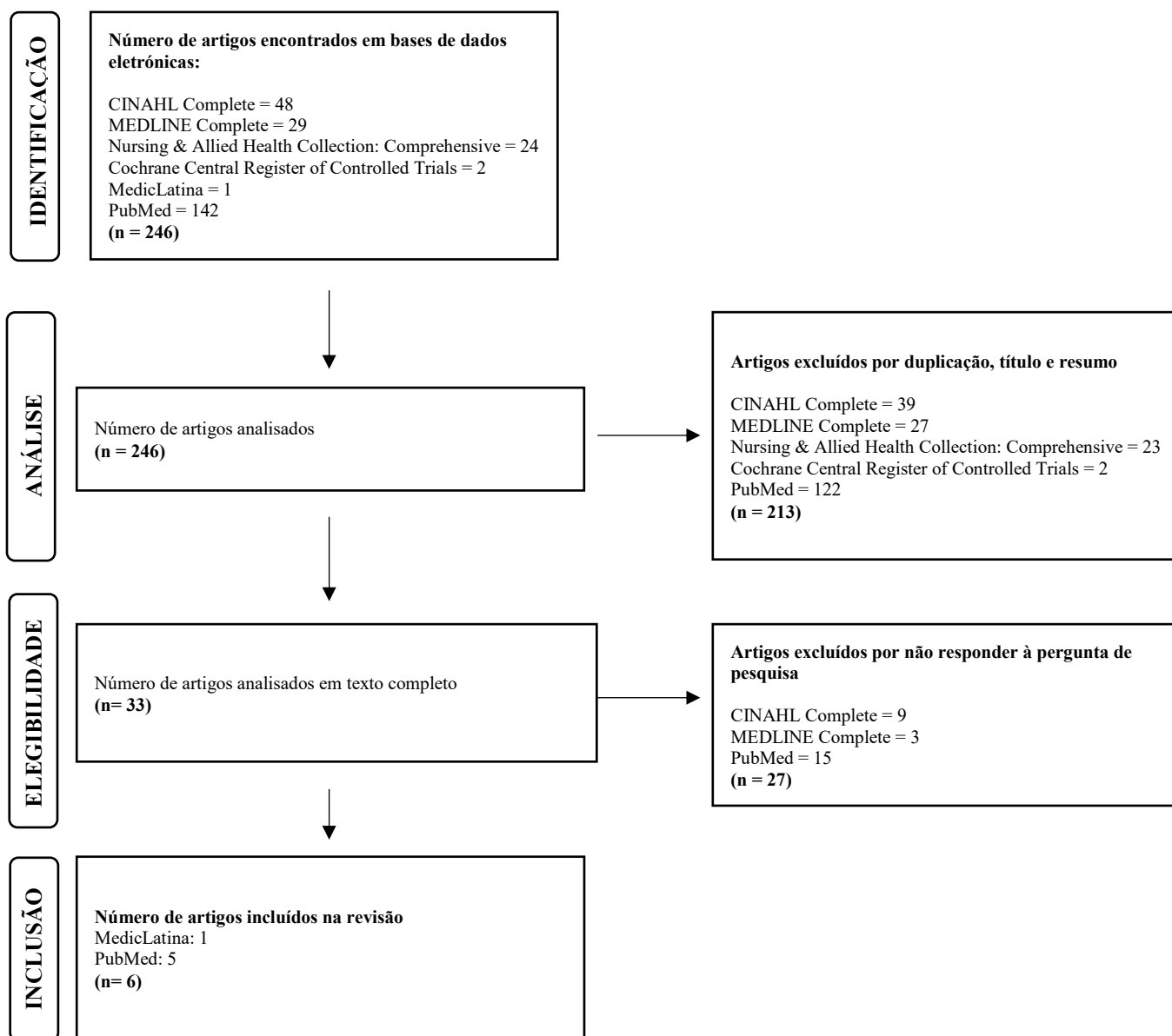
| Item Analisado | Conceito | Pergunta |
|------------------------|---|---|
| Atributos do conceito | Características que tornam possível identificar situações que categorizam o conceito. | Quais as características que definem a Escuta? |
| Antecedentes | Eventos ou fenómenos que foram previamente relacionados 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 (Apêndice VI), 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?”.

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, consequente, termos substitutos e conceitos relacionados da Escuta no Cuidado de Enfermagem?” (Apêndice VII).

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, bem 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 esta 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 perspectiva 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 a Pessoa fale, o segundo envolve a construção de uma relação, o terceiro enfatiza o interesse genuíno pela situação da Pessoa, o quarto determina a 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, o 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, e 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 et al. (2018), identificaram-se como antecedentes eventos e sentimentos negativos, nomeadamente ansiedade, depressão, sofrimento, dor psicológica e confronto 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, o *stress* e a depressão, e a adaptação à doença, obtendo qualidade de vida, cuidados holísticos, bem-estar, adesão ao regime terapêutico, aumento da autoestima 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 a 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 estar 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 as mesmas autoras 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, de acordo com 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.

2. DESCRIÇÃO DO PERCURSO REALIZADO E DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas para Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi-me creditado, inicialmente, o estágio da Unidade Curricular Vigilância e Decisão de Clínica, considerando os meus cinco anos de experiência em contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos (explícito no subcapítulo 2.1.). Posteriormente, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, realizei o estágio em dois contextos, primeiramente num Serviço de Urgência Polivalente (subcapítulo 2.2.) e depois no Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (subcapítulo 2.3.).

Assim sendo, apresenta-se uma breve caracterização dos locais de estágio, os objetivos estabelecidos em cada um deles e as atividades desenvolvidas de forma a atingir esses objetivos, analisando, descrevendo e refletindo as situações cruciais para este caminho de desenvolvimento de competências.

2.1. Creditação ao Estágio de Vigilância e Decisão Clínica

A realidade não se descobre, constrói-se em situação ao longo do tempo. É deste modo que descrevo estes cinco anos em contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018), presto Cuidados de Enfermagem à Pessoa (especificamente Criança/Jovem com idades compreendidas entre os 28 dias e os 18 anos) e Família que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

Uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) é considerada como um contexto privilegiado de formação e de aprendizagem para os enfermeiros, dada a diversidade de situações e experiências, às relações que se estabelecem e aos momentos de

reflexão sobre essas situações. Como Bártolo (2008, p.15) refere, existe um “espaço de transformação de competências profissionais, num processo contínuo de formação, onde diferentes saberes são mobilizados (...)”, pelo que é fundamental para que se estabeleça uma relação entre a prática e a teoria (saber, saber-fazer, saber ser/estar), contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

O ambiente numa UCIP é caracterizado por fatores ansiogénicos, o que exige uma atuação rápida e eficaz, ao mesmo tempo que permite desenvolver intervenções autónomas e interdependentes relacionadas com a necessidade de estabilização hemodinâmica, recurso de técnicas complexas, tecnologia sofisticada e vigilância permanente. Esta situação só por si implica a existência de diversos fatores fisiológicos geradores de dor, bem como a frequência de procedimentos potencialmente dolorosos, pelo que a gestão da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas está bem patente, tal como preconizado como competência especializada no Regulamento n.º 429/2018. Maximizo a minha intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018), promovendo segurança e qualidade nos cuidados. Cada vez mais, as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um desafio na prestação de cuidados, principalmente em cuidados intensivos, relacionados com a pneumonia associada a ventilação, bacteriémia associada ao cateter venoso central, a infeção urinária associada ao cateter vesical, bem como a infeção do local cirúrgico (Pereira, 2020). Desta forma, os meus cuidados são dirigidos a estes tipos específicos de infeção baseados na evidência científica.

Por isso, alicerço a minha prática clínica, no cuidar de uma forma holística e humanista e coloco a Criança/Jovem e seus Familiares no centro do meu cuidado, estabelecendo com eles relações terapêuticas (Regulamento n.º 429/2018) e um caminho de reciprocidade gerador de bem-estar e conforto. Kolcaba e DiMarco (2005) salientam que as Crianças e suas Famílias desejam ser confortadas em situações de *stress*, por outro lado, Soares, Roberto e Louro (2020) realçam também que

“A prática de promover medidas de conforto é inerente à profissão do enfermeiro e é, muitas das vezes, imprescindível para um conceito de cuidado humanizado (...) alguns estudos abordam a necessidade de oferecer medidas para melhorar o conforto durante todo o processo de cuidado da criança em estado grave, possibilitando o bem-estar.” (p.2).

Por isso, estou ciente que ao longo deste percurso, desenvolvi competências técnicas, cognitivas e relacionais, contribuindo, desta forma para a melhoria da qualidade dos Cuidados prestados à Criança/Jovem em Situação Crítica e sua Família.

2.2. Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e sua Família/Cuidador no Serviço de Urgência Polivalente

Nos últimos tempos, verifica-se um incremento do conhecimento acerca das intervenções à Pessoa em Situação Crítica, no sentido de fomentar o desenvolvimento de competências específicas e diferenciadas (Coimbra, 2021). A atual situação pandémica e as solicitações permanentes da população levam-me ao desafio diário, como Enfermeira, à adaptação, à resiliência nos diferentes contextos e à necessidade de atualização de conhecimentos para alcançar os melhores resultados na prática clínica. Desta forma, sendo o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) uma referência no atendimento e na resposta às situações de urgência e emergência (Despacho n.º 13427/2015) e, igualmente, um Centro de Trauma (CT) ao qual “(...) compete a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave” (Despacho n.º 10319/2014, Artigo 6º, p. 20674), considero que foi um local diferenciado e pertinente para o meu desenvolvimento de competências comuns e específicas para Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Apesar de trabalhar em contexto de UCIP, pretendi aprofundar conhecimentos na área da urgência e emergência em Adultos/Idosos por considerar que conhecer diferentes dinâmicas e outros modelos organizativos estimula, acrescenta valor e melhora o desempenho profissional. Como tal, neste percurso de estágio, passei pelas diferentes áreas e circuitos inerentes do SUP. Contudo, estive mais presente nas salas de emergência, em concordância com o meu Enfermeiro Orientador Clínico, onde é fulcral a presença de um Enfermeiro Especialista, uma vez que as situações de emergência exigem uma resposta imediata e segura (Regulamento n.º 429/2018), constituindo, por si, uma mais-valia para o desenvolvimento de competências.

Para além dos conhecimentos que pretendia adquirir, tive como objetivo também partilhar os meus conhecimentos na área da Criança/Jovem em Situação Crítica, atendendo à minha experiência profissional nesta área, dando, por isso, o meu contributo. Apesar de no Centro Hospitalar onde está inserido o SUP existir um Serviço de Urgência de Pediatria, o SUP depara-se com situações de carácter emergente da Criança/Jovem decorrentes da procura de Cuidados de Saúde por parte da população.

A equipa de Enfermagem, especificamente neste SUP é constituída por um total de 147 Enfermeiros subdivididos por oito equipas que asseguram os cuidados necessários ao

longo do dia, sendo um número variável por turno entre 20-24 Enfermeiros. Os turnos são rotativos pelas diferentes equipas e divididos em manhã, intermédio, tarde e noite. De acordo com o fluxo de Pessoas nas várias áreas, é aumentado ou reduzido o número de Enfermeiros nos diferentes locais.

Destaca-se este SUP pelas variadas áreas de atuação, entre as quais anestesiologia; cirurgia geral; cirurgia maxilo-facial; cirurgia plástica e reconstrutiva; gastroenterologia; medicina interna; neurocirurgia; neurologia; oftalmologia; ortopedia; otorrinolaringologia; psiquiatria; urologia e vertebro-medular. É também nele prestado apoio à atividade das Vias Verdes: Coronária, Acidente Vascular Cerebral, Sépsis e Trauma.

O SUP contempla um percurso desde à admissão da Pessoa até à sua transferência ou alta clínica. É constituído por cinco postos de triagem (sendo que um neste momento está a funcionar como gabinete de informação gerido pela equipa de Enfermagem que dá informações diárias aos familiares das Pessoas que se encontram em algumas áreas do SUP), no qual se aplica, desde 2007, a triagem de prioridades de Manchester (TPM) realizada por Enfermeiros com formação para tal. Após a triagem, a Pessoa é encaminhada para zonas específicas: salas de emergência (são quatro) - Pessoas em risco imediato de vida, traumatizados/politraumatizados e a quem lhe foi atribuída prioridade emergente (vermelha); sala de espera B (amarelos e laranjas, urgente e muito urgente, respetivamente) e sala de espera C (verdes e azuis, pouco urgente e não urgente). Apresenta também uma área de atendimento de macas (balcão de macas) onde estão as Pessoas com mobilidade condicionada (são observadas e realizadas as intervenções de Enfermagem necessárias) e na qual estão presentes três Enfermeiros por turno; uma área de ambulatório (balcão de ambulatório), onde se encontram Pessoas autónoma ou e algumas com mobilidade condicionada (que necessite de vigilância e intervenções de Enfermagem) na qual, por norma, também estão três Enfermeiros por turno. O SUP, além das áreas abordadas, detém cinco gabinetes médicos, dois gabinetes de pequena-cirurgia, um gabinete de ortopedia, outro para oftalmologia e outro para otorrinolaringologista/ maxilo-facial. A unidade de observação apresenta cinco salas de observação (SO) com capacidade entre cinco a seis camas/macas (cada sala com um Enfermeiro). As pessoas triadas para os balcões de ambulatório ou de macas poderão ser encaminhados para SO/ salas de emergência, sempre que a situação clínica o exija. Com o aparecimento da doença por infeção a Sars-Cov2 (COVID-19), o SUP criou três áreas de encaminhamento de pessoas com suspeita ou confirmação da infeção: área de doença respiratória da comunidade (ADR-C); área de doença respiratória (ADR), destinada a pessoas que recorrem ao SUP com sintomatologia

suspeita de COVID-19; área de doentes positivos (ADP), onde se encontram as pessoas a quem lhes foi diagnosticado infeção COVID-19 e as quais não lhes foi atribuída alta clínica.

Foi, então, definido como **objetivo geral e transversal** para este ensino clínico: **Desenvolver Competências Científicas, Técnicas, Éticas e Relacionais no Cuidado Especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e sua Família/Cuidador.**

O Enfermeiro deve desenvolver as capacidades de cuidar da Pessoa em Situação Crítica e sua Família, uma vez que se constitui uma competência clínica especializada. O Enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos e perícia para avaliar e diagnosticar situações clínicas e desenvolver a sua capacidade de gestão, sistematização, tomada de decisão clínica e intervenções de alta complexidade. Como membro de uma equipa e de uma organização, também deve compreender aspetos a melhorar, minimizar riscos e conhecer recomendações e estratégias para, desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados, nunca esquecendo a comunicação e a relação terapêutica como estratégia promotora de humanização e conforto dos Cuidados de Enfermagem.

Como **objetivos específicos** defini: **Desenvolver Competências no Cuidado de Enfermagem Especializado à Pessoa em Situação Crítica e Família/Cuidador, em contexto de Serviço de Urgência Polivalente e Contribuir para a Melhoria dos Cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica (especificamente Criança/Jovem) e Família/Cuidador.**

No que concerne ao primeiro objetivo específico, senti na altura que estava a “sair da minha área de conforto”, pelo facto de trabalhar na área de Cuidados Intensivos Pediátricos e os protocolos e as patologias nos Adultos e Idosos serem diferentes, além de que a dinâmica de um Serviço de Urgência é divergente de uma UCIP. Senti, assim, como refere Benner (2001), que iria passar por uma experiência em que os Enfermeiros com um nível de competência superior numa determinada área podem ser como iniciados quando expostos a situações desconhecidas. No entanto, logo que conheci a dinâmica funcional, estrutural e física do serviço, comecei a realizar leitura de protocolos e normas, e comecei a integrar-me na equipa multidisciplinar.

De forma a conhecer o percurso e a dinâmica do SUP, percorri os diversos setores, ficando posteriormente mais tempo nas salas de emergência, como anteriormente mencionei, tendo tido várias oportunidades de prestar cuidados de enfermagem à Pessoa e família em situação crítica.

Numa fase inicial, conheci o funcionamento da TPM tão crucial para a estratificação do risco clínico à entrada do SUP, bem como para a organização do serviço. É certo que ao SUP recorrem Pessoas por motivos não urgentes (Machado, 2021) que podem deturpar situações urgentes e emergentes. Cabe ao enfermeiro estar consciente das suas funções e avaliar objetivamente a Pessoa tendo em conta a sua prioridade de atendimento, realizando triagem primária e secundária (Regulamento n.º 429/2018). Por exemplo, recordo-me de um Senhor de 45 anos de idade recorrer ao SUP por cansaço, desconforto torácico e palpitações. Na triagem, avaliei-lhe os sinais vitais, tendo detetado pulso arritmico, pelo que reencaminhei o senhor para a sala de eletrocardiograma (ECG), ficando a cargo de outros profissionais de saúde. O Enfermeiro, tal como preconizado na Deontologia Profissional de Enfermagem, alínea a) do artigo 83.º, deve “Coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” (OE, 2015a, p.69), sendo fundamental após triagem o encaminhamento da Pessoa e o trabalho de equipa multidisciplinar entre os diversos setores do serviço, a fim de alcançar um objetivo comum: a implementação de uma prestação de cuidados humanizada e de qualidade.

Posteriormente, passei pelos balcões de ambulatório e de macas, e SO. Nestes setores a rotatividade das Pessoas é grande, o *stress* sobre os profissionais e a sua sobrecarga de trabalho é elevada, tornando-se um desafio a promoção do conforto nos cuidados prestados. Os autores Ponte, Bastos, Fontenele, Sousa e Aragão (2019), mencionam que “(...) no processo de doença e cuidado de saúde, o conforto é uma das metas da enfermagem, exigindo particular atenção quando se trata de atendimentos de urgência e emergência.” (p. 926).

Uma Pessoa recém-admitida/hospitalizada está sujeita a pressões inerentes ao ambiente que não está habituada, temendo dor, limitações, morte e ainda o que está por vir (Ponte et al., 2019). Existem várias necessidades de conforto da Pessoa, como refere Kolcaba (2003) as quais o Enfermeiro deve estar atento nos vários contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, e intervir com a promoção de medidas de conforto.

Constatei que a dor, no contexto físico, é das necessidades de conforto mais referenciada e é competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, tal como preconizado no Regulamento n.º 429/2018 no “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa (...) otimizando as respostas.” (p.19363). Acolhi um Senhor de 40 anos de idade, com dor na região lombar, com diagnóstico presuntivo de litíase renal em balcão de macas, com dor de intensidade 8 (na escala numérica de 0 a 10, onde 0 se caracteriza sem dor e 10 dor máxima).

Após observação e avaliação, pedi à equipa médica que prescrevesse analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides, tendo sido prontamente prescritos, preparados e administrados, com alívio da dor. Além das medidas farmacológicas, as medidas não farmacológicas são fundamentais para o controle e gestão da dor (OE, 2008) e consequente promoção do conforto e bem-estar. Como medidas não farmacológicas, por exemplo a este Senhor promovi a ajuda na mobilização e posicionamento na maca e a distração (OE, 2008), conversando com o mesmo sobre a sua Família.

Também ao nível do contexto físico e ambiental, realço o desconforto verbalizado pelas Pessoas pelo facto de estarem confinadas a macas estreitas (com limitação da mobilização quando é necessário prestar cuidados) e demasiado próximas uma das outras. De referir também a dificuldade em dormir e repousar. A nível do contexto psicoespiritual, deparei-me com a ansiedade das Pessoas pela incógnita do seu tempo de espera, pela perda de autonomia e solidão. Quanto ao contexto sociocultural, senti como necessidade de conforto a importância das relações interpessoais com os seus familiares (com a situação atual do COVID-19 anulou a possibilidade de acompanhamento de Pessoas). A nível ambiental, a luz, o ruído e a temperatura, são estímulos inerentes ao serviço, mas inibitórias da sensação de conforto e o bem-estar da Pessoa. Perante estas situações, tentei sempre compreender as suas necessidades, proporcionando medidas de conforto, pois reconheço a sua primordialidade, tal como Faria, Sousa e Gomes (2018, p.500) que referem a importância do “(...) o alívio da dor, a prevenção do sofrimento, a manutenção da esperança, o respeito pela pessoa, a garantia da dignidade e o envolvimento familiar.” Estas são essenciais no restabelecimento da saúde da Pessoa, promovendo a interação, confiança, apoio e cuidados de qualidade (Mendes, Cruz, Rodrigues, Figueiredo & Melo, 2016). Em Enfermagem, cuidar da Pessoa implica “(...) atender às suas necessidades com sensibilidade, presteza e solidariedade por meio de atitudes de cuidado praticadas para promover o conforto e o bem-estar.” (Mendes et al, 2016).

Em relação ao envolvimento familiar, tive a oportunidade crucial de passar pelo gabinete de informação gerido pela Equipa de Enfermagem, sendo este, indubitavelmente uma mais-valia para a prestação de cuidados para a Família/Cuidador. A situação pandémica com a restrição de acompanhantes e visitas às Pessoas, levou à adoção e implementação, por parte da equipa do SUP, de um projeto de informação/comunicação com os Familiares/Cuidadores das Pessoas que estão na urgência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e promoção da humanização dos Cuidados de Enfermagem, com recurso da tecnologia (contacto telefónico e videochamada). Este projeto

proporciona informação telefónica ao Familiar da Pessoa em SO e está a cargo do Enfermeiro que lá se encontra. O Enfermeiro que fica escalado no gabinete de informação para além da chamada telefónica que sempre realiza, recorre também, à vídeo chamada aos familiares das Pessoas que se encontram na área de macas, ambulatório e COVID-19, quando considera ser esta uma mais-valia no processo de saúde. Relativamente à minha experiência no gabinete de informação, no início do turno, validava com o enfermeiro orientador a lista de Familiares/Cuidadores a contactar; recolhíamos a informação mais importante junto da Pessoa (tendo primeiramente o seu consentimento para estabelecimento de contacto) e do enfermeiro responsável pela mesma; analisávamos as situações que necessitavam de avaliação pelo serviço social, necessidades expressas pelas Pessoas e pelos profissionais. Sem dúvida, esta passagem por este gabinete foi fundamental para o meu desenvolvimento de competências especializadas na gestão da comunicação interpessoal e no estabelecimento da relação terapêutica com a Pessoa e sua Família/Cuidador (Regulamento n.º 429/2018). Faria, Sousa e Gomes (2018), citando Pott et al, afirmam que a comunicação da informação é uma estratégia de conforto indispensável na prestação de cuidados humanizados.

A Escuta foi elemento decisivo para identificar e intervir nas necessidades das Pessoas e da Sua Família/Cuidador, minimizando a sua ansiedade, proporcionando segurança e conforto. Phaneuf (2005) refere que a Escuta pressupõe qualidade de disponibilidade, de presença e de atenção do Enfermeiro, permitindo devolver à Pessoa compreensão. Todavia, Coelho (2013) menciona que apesar dos profissionais de saúde por vezes não possuírem tempo para se dedicarem à Escuta das Pessoas e suas Famílias/Cuidadores, quando estas são o foco de cuidado, o Enfermeiro não pode evocar a falta de tempo para não escutar, porque a Escuta torna-se uma verdadeira intervenção de Enfermagem que deve ser contínua e intencional ao longo da prestação de cuidados.

Posteriormente, foi nas salas de emergência que completei mais horas de ensino clínico. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica “Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362).

Nesta área de emergência, foram várias as situações que me permitiram o desenvolvimento de competências especializadas. Destaco que é um setor do SUP onde se vivencia um clima de incerteza e imprevisibilidade, onde os Enfermeiros necessitam de conhecimento específico, capacidade de raciocínio e rapidez no processo de tomada de decisão, de forma a intervirem com qualidade e sucesso. Todavia como refere Vieira (2017), “Cuidar exige aceitar o risco do desconhecido que só a confiança supera. Exige confiar nas minhas capacidades para cuidar do outro, no meu juízo para avaliar as suas necessidades (...) na possibilidade de crescimento” (p.102), sendo assim caracterizo as minhas horas de estágio nestas salas.

Acolhi numa das salas de emergência, um Senhor do sexo masculino, 76 anos de idade, transportado para o SUP pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), por quadro de desconforto torácico com dispneia, ECG com sugestão de Enfarte Agudo do Miorcárdio (EAM) com elevação do segmento ST. À chegada da VMER em sua casa, o Senhor estava consciente e orientado, dispneico com saturação periférica de oxigénio em ar ambiente ($SpO_2 < 90\%$), apirético, hipertenso, normocárdico e com dor torácica. Foi-lhe colocado oxigenoterapia, puncionado acesso venosos periférico e administrada terapêutica específica para esta situação. Na altura, realizaram-lhe ECG, com sugestão de EAM com supradesnivelamento do segmento ST nas derivações II, III e aVF, sendo então encaminhado para o SUP. Após ter recebido a informação do Enfermeiro da VMER, realizei a minha primeira avaliação ao senhor de acordo com a abordagem ABCDE: A - airway (via aérea); B - breathing (ventilação/oxigenação); C - circulation (circulação); D - disability (disfunção neurológica); E - exposure (exposição com controlo da temperatura, tal como recomendam as guidelines de 2021 do Conselho Europeu de Ressuscitação (Soar et al, 2021), sendo esta uma forma de sistematizar os cuidados iniciais à Pessoa em Situação Crítica e uma priorização na sua abordagem. Nesta abordagem sequencial, aquando colocação de acesso venoso periférico o Senhor apresenta uma síncope de reação vasovagal com bradicardia extrema que evoluiu para assistolia com a necessidade de iniciar manobras de suporte avançado de vida (SAV), tendo revertido a situação, ficando o senhor consciente e orientado, hemodinamicamente estável. Seguidamente, foi-lhe realizado novo ECG e, posteriormente, contactada a cardiologia do centro hospitalar para transferência para a unidade de hemodinâmica, uma vez que era necessária intervenção coronária percutânea (ICP) primária. O tempo entre a entrada no SUP e a transferência de serviço foi cerca de uma hora, sabendo que a ICP é a eleição da Pessoa com EAM com supradesnivelamento de ST até 120 minutos após diagnóstico e no período de 12 horas após o início dos sintomas (Sociedade Portuguesa

de Cardiologia, 2017). Desta forma, a transferência para a unidade, foi uma mais-valia na continuidade de cuidados críticos ao Senhor. As recomendações de 2017 da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) e as *guidelines* de 2021 do Conselho Europeu de Ressuscitação (Soar et al, 2021) demonstram que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado contribuem para a limitação da lesão do miocárdio e para a redução do risco de paragem cardiorrespiratória. Deste modo, desenvolvi competências especializadas ao prestar cuidados à Pessoa em situação emergente e na antecipação da sua instabilidade e risco de falência orgânica e ao garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento n.º 429/2018).

As situações de emergência requerem sempre um grande trabalho de equipa e de interajuda na promoção do sucesso e melhoria dos cuidados. Durante a situação em causa, todos estes pressupostos se concretizaram, estabelecendo-se uma boa comunicação entre todos os elementos. O facto de estar inserida numa equipa experiente de Médicos e Enfermeiros fez, também, toda a diferença pois, a “(...) reanimação (...) é um trabalho de equipa, multidisciplinar, em que apenas uma equipa treinada e preparada pode almejar os melhores resultados (...)” (Caldeira, 2021, p. 118).

Estabilizado o Senhor aquando da espera do transporte da ambulância, seguiu-se um momento de Escuta, de compreensão e de partilha de informação com o Senhor sobre o seu atual estado de saúde e as suas necessidades. Pediu-me para ligar à sua filha e à empregada, uma vez que vivia sozinho e estava preocupado e ansioso com as mesmas e com o facto de nada saberem sobre a sua situação. Deixei então, o Senhor ligar, com a validação do meu Enfermeiro Orientador. Esses escassos minutos foram essenciais para a reposição da sua tranquilidade, conforto e confiança nos cuidados que lhe estavam a ser prestados. Aliviei o seu estado ao permitir que comunicasse com as suas Pessoas significativas, confortando-o e mantendo-o calmo, o que foi essencial para a sua situação clínica e permitiu estabelecer uma relação terapêutica e gerir a sua ansiedade e medo (Regulamento n.º 429/2018). “Confortar é um ato complexo (...) compreende a atenção a todas as manifestações de estresse, tendo em conta todas as dimensões do ser humano, além da providência de medidas para alívio do sofrimento.” (Ribeiro, Marques & Ribeiro, 2017, p. 866). As Pessoas querem e precisam estar confortáveis.

Através da Escuta desenvolvi empatia e compaixão. Naquele momento, o mais importante/necessidade para o Senhor, para além do seu estado de saúde, era avisar as suas pessoas de referência. Logo, percebi que o pequeno gesto de fazer um mero telefonema metamorfoseara-se num conforto de alívio e de recuperação da serenidade daquela Pessoa.

Quero, assim, realçar que a forma como estabeleci relação terapêutica com o Senhor contribuiu para a estabilidade do seu estado geral até ser realizada a ICP primária.

Esta situação também me permitiu realizar o transporte da Pessoa em Situação Crítica. De acordo com a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), o transporte da Pessoa em Situação Crítica envolve as fases de decisão, planeamento e efetivação. Na fase de decisão, os benefícios da transferência devem superar os seus riscos, especificamente em situações de instabilidade hemodinâmica ou sempre que a transferência contribua direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica, neste caso era fundamental o transporte para a realização da ICP primária em tempo útil; na fase de planeamento deve-se ter em conta a escolha e o contacto com serviço/unidade de destino, avaliando a distância e o tempo de trajeto, seleção de meios de monitorização, equipamento, terapêutica e previsão de possíveis complicações (como por exemplo, perda de acessos venosos, reserva inadequada de oxigénio, falta de carga elétrica do monitor de ECG), tendo realizado este planeamento com ajuda do Enfermeiro Orientador; na fase de efetivação do transporte, este fica a cargo da equipa que o realiza, sendo que as responsabilidades técnica e legal só terminam aquando da entrega da Pessoa na unidade hospitalar de destino (Ordem do Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Assegurei a transmissão de informações tanto oralmente como escritas, no processo clínico, de forma a garantir a continuidade de cuidados e consequentemente a segurança dos mesmos. Considero fundamental a “A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas (...)” (OE, 2017, p.15). Desta forma, nesta situação desenvolvi competências na área do transporte da Pessoa em Situação Crítica, tendo realizado um transporte seguro e sem intercorrências.

Tive também a oportunidade de prestar cuidados na sala de emergência a Pessoas vítimas de trauma, sendo gradual a minha prestação e autonomia. Uma dessas situações foi a admissão, de um Senhor de 52 anos de idade, que chegou acompanhado pela VMER, vítima de uma queda de bicicleta com colisão contra um gradeamento, da qual terá resultado traumatismo craneoencefálico, traumatismo facial com fratura da mandíbula, ferida do lábio inferior e traumatismo torácico. Aquando da chegada à sala de emergência encontrava-se ventilado e sedado, pois no local tinha sido entubado orotraquealmente para proteção da via aérea por hemorragia abundante da cavidade oral. Após ter recebido a informação do Enfermeiro da VMER, discuti com o Enfermeiro Orientador as prioridades de atuação. É de

salientar que a abordagem às vítimas de trauma de acordo com a circular normativa 07/DQS/DQCO de 2010 da Direção-Geral de Saúde (DGS), deve obedecer a abordagem inicial/avaliação primária (através da sequência ABCDE estabelecida pelo *American College of Surgeons*, com a particularidade de se manter a estabilização cervical e focar no controlo de hemorragia) e, posteriormente, a realização de avaliação secundária (identificando e registando todas as lesões ou alterações que a Pessoa possa apresentar e realizando procedimentos complementares de diagnóstico e terapêutica), pelo que nesta situação de emergência de trauma, planeei e geri a resposta de forma sistematizada (Regulamento n.º 429/2018). Nesta avaliação secundária, observei reatividade do Senhor face à ventilação mecânica invasiva (com fáceis de dor, com flexão dos membros, assincronia ventilatória e taquicardia), tendo apenas prescrito perfusão de sedação, sendo proposta a utilização concomitantemente de analgesia com o uso de opióide que foi prescrita, preparada e colocada em perfusão, ficando o senhor posteriormente com relaxamento facial e corporal, com melhoria da adaptação ventilatória e hemodinamicamente estável.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica tem que ser competente na gestão da dor e do bem-estar da Pessoa em Situação Crítica, como anteriormente já referi, mas também deve demonstrar conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia (Regulamento n.º 429/2018), prática que foi evidenciada por mim. Lavado (2021) refere que analgesia adequada no trauma previne complicações principalmente no trauma torácico (diminui a incidência de atelectasia, pneumonia e enfarte do miocárdio) e no trauma craneocefálico (o controlo da dor pode ajudar no controlo da hipertensão intra-craneana). Também OE (2008) refere que o controlo da dor é um direito da Pessoa e que o impacto da dor diminui o seu conforto e o bem-estar. Teixeira e Durão (2016) mencionam que perante a Pessoa em Situação Crítica “(...) com alterações de consciência, por sedação ou não, que apresenta alterações da comunicação verbal, normalmente por presença de tubo oro-traqueal (...)” (p.136) torna-se difícil de monitorizar a dor, sendo fundamental que o Enfermeiro se baseie na observação de indicadores fisiológicos e comportamentais da dor. Estas mesmas autoras aludem ao controlo e gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica, mas também para a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas), tal como realizei.

A gestão da analgesia/sedação foi uma medida de conforto que teve como visão o alívio da dor e a promoção da tranquilidade, de acordo com a Teoria de Conforto de Kolcaba (2003), em que os Cuidados de Enfermagem são indispensáveis para um melhor conforto e

bem-estar da Pessoa. Também Faria, Sousa e Gomes (2018) elucidam sobre a importância extrema da intervenção do Enfermeiro na satisfação das necessidades, na potenciação e readaptação das capacidades e na garantia da dignidade da Pessoa.

Ao longo deste estágio também respondi eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018), associando precauções básicas como a higienização das mãos ao uso adequado do equipamento de proteção individual (luvas, bata e/ou avental, máscara e proteção facial/ocular). Pereira (2020) salienta que “O uso de precauções básicas de controlo de infeção e de precauções baseadas no modo de transmissão e a correta limpeza e desinfeção de equipamentos e superfícies quebram os elos da cadeia de transmissão.” (p.167). Toda a minha experiência em cuidados intensivos foi importante na área de prevenção das IACS, uma vez que as infeções mais comuns estão relacionadas com intervenções e presença de dispositivos invasivos (Pereira, 2020). Saliento a minha intervenção no SUP, nomeadamente na prevenção da bacteriemia associada a acessos vasculares desde cateteres periféricos, centrais e arteriais, bem como na prevenção da infeção urinária associada aos cateteres vesicais, desde a sua inserção, manutenção e deteção precoce de sinais de infeção. Utilizei como base os feixes de intervenção/*bundles* de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (DGS, 2015a) e de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central (DGS, 2015b), bem como as normas institucionais hospitalares publicadas no âmbito destas áreas.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista a atribuição do título enfermeiro especialista visa “(...) para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.” (p. 4744), sendo as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais uma destas. Uma das competências deste domínio refere-se a “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749). Assim, durante o estágio, responsabilizei-me pela minha aprendizagem, baseando a minha prática clínica especializada em evidência científica. Como anteriormente mencionei, também pretendi retirar das melhores experiências, aprendizagens para a minha prática diária. Inscrevi-me e frequentei um Curso Online de Suporte Avançado de Vida de Trauma Pediátrico, em espanhol do Hospital *Sant Joan Déu* de Barcelona (Anexo IV), com a duração de 20 horas, tendo sido sujeita a um teste de avaliação teórico. Desta forma, aprendi a realizar uma avaliação integral organizada da população pediátrica vítima de trauma, adquiri habilidades

para executar manobras de reanimação e realizar uma abordagem (primária e secundária), estruturada e sistematizada, crucial nestas situações específicas. O Curso consistiu em aulas teóricas, teórico-práticas e simulações de casos, com abordagem aos diferentes tipos de trauma, sedoanalgesia, transporte, ventilação, radiologia e ecografia da criança politraumatizada. Sem dúvida que foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento de competências na abordagem à Pessoa vítima de trauma, tendo assim a perceção do que acontece em contexto de adultos e da pediatria.

Tive, também, ao longo do estágio a oportunidade de acompanhar o Enfermeiro Orientador, como chefe de equipa, sendo fundamental para o meu desenvolvimento de competências na área da gestão de cuidados e como futura Enfermeira Especialista. Considero que, para um Enfermeiro Especialista e com funções de chefia de equipa, constitui-se, um desafio poder marcar a diferença. Como? Na forma como lida com a sua equipa. Na forma como valoriza as relações interpessoais. Na forma como proporciona mais autonomia, liberdade, transformação, credibilidade. Na forma como estimula a confiança, tão necessária aos Cuidados de Enfermagem. Na forma como dirige uma gestão participativa com e através de Pessoas.

É inegável que o desenvolvimento tecnológico utilizado nos serviços de saúde potencia a qualidade dos cuidados, no entanto, não devemos esquecer que essa tecnologia é manuseada por Seres Humanos que pertencem a um mundo emocional sedento de uma boa gestão e capacidade de liderança, a fim deles próprios serem capazes de acreditar que é possível fazer mais e melhor. É, sem dúvida, das competências do Enfermeiro Especialista de maior complexidade e exigência, a gestão de cuidados, a gestão de pessoas e a gestão de recursos materiais. Eis a grande questão: como liderar? Como harmonizar? Difícil sabê-lo. Mais difícil, ainda, consegui-lo. Como refere Machado (2021), no serviço de urgência a “(...) imprevisibilidade, a elevada demanda, os cansaços físicos e mentais das equipas de profissionais representam, em conjunto, um dos maiores desafios à gestão na área da saúde.” (p. 8).

O Enfermeiro chefe de equipa deverá ter um conhecimento do hospital, do serviço, das pessoas com quem trabalha (Machado, 2021).

Anteriormente, salientei que a equipa de enfermagem do SUP é constituída por um total de 147 enfermeiros que se encontram subdivididos por oito equipas e asseguram os cuidados necessários ao longo do dia, sendo um número variável por turno entre 20-24 enfermeiros. Em cada turno, eram distribuídos pelos diferentes setores estes elementos, tendo em atenção a sua formação e experiência, tentando existir um equilíbrio entre os

elementos mais novos e os com mais experiência no serviço, de modo a assegurar os cuidados com prontidão e qualidade. Esta distribuição é realizada pelos diversos chefes das diferentes equipas.

Após receber cada turno de chefia com o meu Enfermeiro Orientador, passávamos pelos vários setores e percebíamos como estava a situação atual do serviço e, ao mesmo tempo, retirávamos dúvidas aos colegas, priorizávamos cuidados e transferências entre setores da urgência e serviços do centro hospitalar. É de salientar que, infelizmente, existe uma sobrecarga de trabalho no serviço de urgência pela falta de vagas nos serviços de internamento. Tentávamos ao máximo manter a segurança dos cuidados e o conforto da Pessoa.

Devido a situações clínicas de maior criticidade e necessidade de maior vigilância/monitorização, como pessoas com agravamento de doença renal que precisavam de fazer lavagens vesicais contínuas, com cetoacidoses diabéticas e com fraturas, por exemplo, transferíamos-las dos balcões para as SO, de modo que estabilizassem para posteriormente serem internadas numa enfermaria.

Constatei a importância da realização de turnos em equipas fixas, pois só assim se pode conhecer os elementos e delegar funções. A delegação é uma ferramenta de gestão que requer trabalho e perícia, e permite ao Enfermeiro a quem lhe foi delegada a intervenção/função crescer individualmente e desenvolver a sua organização e aprendizagem (Santos, 2015). Por exemplo, recordo-me que para realizar um transporte inter-hospitalar de uma Pessoa com um diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (que necessitava de uma ICP) era necessário que esse transporte fosse realizado por um Enfermeiro com conhecimentos em SAV e transporte e, como tal, o meu Enfermeiro Orientador, elegeu e delegou essa intervenção a um colega com essas competências.

A resolução de problemas é, das intervenções do chefe de equipa, a mais desafiante e criativa. Num turno da noite, em que o meu Enfermeiro Orientador estava com as funções de chefe de equipa, o sistema informático bloqueou e foi necessário comunicar o problema aos serviços informáticos e passar para registos manuais. Tendo a triagem, a função de estratificar o risco clínico à entrada do serviço de urgência e estando apenas um elemento de Enfermagem no turno da noite no setor, houve a necessidade de mobilizar outro Enfermeiro com experiência em triagem e no serviço para o ir ajudar, uma vez que os registos manuais levam mais tempo e os profissionais já não se encontram habituados a este tipo de metodologia. Além disso, foi necessário passar pelos diferentes setores e alertar sobre a

situação. Houve uma necessidade de mobilizar recursos e atuar o mais rapidamente possível de modo a não aumentar o afluxo à entrada do SUP, tendo só voltado o sistema informático, a desbloquear passado cinco horas.

A gestão de trocas de horário e os pedidos à farmácia de várias medicações não existentes ao *stock* do serviço de urgência também são funções do Enfermeiro chefe de equipa.

Realço como Souza, Paulo, Cordeiro, *et al* (2013) várias características que um líder de equipa de Enfermagem deve desenvolver: compromisso, flexibilidade, comunicação efetiva, responsabilidade, boa relação interpessoal, criatividade, organização e saber escutar, pois só assim poderá liderar e garantir a qualidade nos cuidados. Destaco, ainda, a importância de o líder ser detentor de inteligência emocional. Como Goleman (2005) refere, mais importante do que uma inteligência racional e lógica é uma inteligência relacional e afetiva. Este autor define a inteligência emocional como “(...) a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuguem a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança.” (Goleman, 2005, p. 54). E, de facto, é isto: nos dias de hoje, ser Enfermeiro Especialista, ser Enfermeiro chefe de equipa é ser Enfermeiro emocionalmente inteligente no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica. O problema é que os Enfermeiros estão cansados e exaustos e é-lhes exigido muito. Têm que ter capacidade de adaptação às mudanças, ser resilientes e, ao mesmo tempo, motor de motivação para aqueles que o rodeiam. Diogo e Rodrigues (2012) mencionam que “A dimensão emocional revela-se multifacetada e importante em questões como a retenção de profissionais, a satisfação no trabalho, a satisfação do cliente, o desenvolvimento profissional e a prática de cuidados (...)” (p. 64).

Cada vez, em Enfermagem, se fala mais na ideologia de um Cuidar em Enfermagem humanizado e na existência de um bem-estar emocional que proporcione uma relação terapêutica entre os intervenientes do processo, de modo a alcançar o máximo potencial de saúde (OE, 2017). Como menciona Alves, Campos e Ribeiro (2012) “(...) no contexto de trabalho dos enfermeiros, onde as exigências ao nível das emoções e da empatia por parte dos profissionais é grande, torna-se fundamental a capacidade de ressonância dos líderes, capazes de criar ambientes de trabalho favoráveis à otimização dos ganhos em saúde.” (p. 35).

Por isso mesmo, um Enfermeiro Especialista desempenha um papel vital na orientação, organização da equipa que gere “Otimiza o processo de cuidados ao nível da

tomada de decisão; supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos; adapta (...) liderança” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748). É ele que gere e lidera com inteligência emocional, gere com base na reflexão, na tomada de decisões assertivas e na conjugação de esforços.

Para mim, é de importância extrema a análise e reflexão destes conceitos. A liderança em enfermagem “(...) assente na inteligência emocional, com motivação através de emoções positivas, é importante na criação de ambientes saudáveis, promotores de empoderamento, o que aumenta a satisfação profissional e o comprometimento organizacional.” (Teixeira, Nogueira & Alves, 2020, p. 43). E de certa forma, é também um fator determinante no desempenho e melhoria dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017).

Não obstante, ao longo deste estágio e através das situações descritas anteriormente, também desenvolvi competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, agindo de acordo com os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019), inerentes no contexto do SUP.

Relativamente ao **segundo objetivo específico** que incide na **contribuição da melhoria de cuidados**, de acordo com o Enfermeiro Orientador e atendendo à minha experiência profissional da área da Criança/Jovem em Situação Crítica, dei o meu contributo, nomeadamente para a melhoria e funcionamento do carro de emergência (CE) pediátrico do SUP, possibilitando uma atuação mais eficaz em caso de necessidade de utilização do mesmo. O CE é uma “(...) estrutura móvel ou, em certos casos, transportável, que contém um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cardíaco-respiratória” (DGS, 2011, p.1), sendo a sua organização o sucesso para a abordagem Situações Críticas. A existência do CE pediátrico deve-se à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) recomendar nas salas de emergência “Carro de Emergência Pediátrico (com respetivo equipamento), independentemente de se tratar de Sala de Emergência geral/ adultos, quando os equipamentos não estiverem incluídos no Carro de Emergência genérico” (2009, p. 9).

Neste âmbito, realizei pesquisa bibliográfica com evidência científica recente. Atualizei então a pasta documental física visível no CE Pediátrico com a Norma Circular Informativa Hospitalar vigente na altura (incluindo a *check list* do CE e folhas de registo) e de SAV Pediátrico de acordo com as *Guidelines* atuais do Conselho Europeu de

Ressuscitação (Anexo V), uma vez que o Centro Hospitalar se rege por estas. Elaborei uma tabela de apoio à utilização de fármacos de emergência em pediatria (Apêndice VIII) de fácil consulta e acesso, com os fármacos mais utilizados em emergência, vias de administração, diluições e doses de referência/ algumas observações. Posto isto, anexei-a à pasta física do CE Pediátrico. Durante o meu período de estágio verifiquei e revi o CE pediátrico.

Deixei também no serviço, uma pasta digital com todos estes documentos e posteriormente partilhei a sua atualização, de modo informal, recebendo *feedback* positivo dos Enfermeiros.

Decidi elaborar esta tabela de apoio à utilização de fármacos em pediatria, por alguns estudos demonstrarem a “(...) dificuldade de enfermeiros, médicos (...) em realizar os diversos cálculos matemáticos, ocasionando o erro relacionado à dosagem de medicamentos, o mais frequentemente observado em crianças (...)” (Belela, Pedreira & Peterlini, 2011, p.564)

A segurança é cada vez mais um tema notável dos cuidados de saúde, bem como os erros relacionados com a medicação os de maior frequência e gravidade (Belela, Pedreira & Peterlini, 2011). São os enfermeiros os elementos principais na preparação e administração de medicamentos (Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa, 2012).

O erro

“(...) pode ocorrer por ação ou omissão e pode, ou não, causar eventos adversos. Por seu lado, os eventos adversos são situações indesejáveis, habitualmente inesperadas, decorrentes da prestação de cuidados em saúde e não da patologia ou da doença subjacente, podendo ou não ser causados por erros.” (Esteves, 2021, p. 47).

A ocorrência de erros de medicação em pediatria deve-se principalmente, à necessidade da individualização de cálculos, tendo em conta a idade, o peso e a superfície corporal (Belela, Pedreira & Peterlini, 2011).

Desta forma, ao assumir que existiam aspetos que podiam ser melhorados e riscos que podiam ser minimizados, desenvolvi competências especializadas no domínio da melhoria contínua de cuidados (incrementando práticas de qualidade e garantindo um ambiente terapêutico seguro) e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (baseando a minha praxis clínica especializada em evidência científica, sendo uma facilitadora de aprendizagem em contexto de trabalho), domínios cruciais das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019).

2.3. Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Recém-Nascido/Criança/Jovem) e sua Família no Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

Como segundo local de estágio tive a oportunidade de experienciar o Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP), como um contexto fundamental para o meu desenvolvimento de competências comuns a Enfermeira Especialista e específicas a Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O TIP é um serviço que se dedica à prestação de cuidados de Recém-nascidos, Crianças e Jovens em Situação Crítica (0 aos 18 anos), permitindo a sua estabilização e transporte para hospitais onde existam unidades de cuidados intensivos neonatais e/ou pediátricas, especialidades ou valências não disponíveis no hospital de origem (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017).

Trabalhar na prestação de cuidados de enfermagem à Criança/Jovem em Situação Crítica e sua Família/Cuidador, em contexto de UCIP, implica a necessidade de entender o funcionamento e a metodologia do TIP, partilhando e aplicando os meus conhecimentos na área da Criança/Jovem em Situação Crítica e desenvolvendo competências como futura Enfermeira Especialista. Cunha, Estrada e Abecasis (2022) referem que as equipas de transporte neonatal e pediátrico são uma extensão das unidades de cuidados intensivos, daí que a grande maioria dos sistemas de transporte são sedeados em hospitais com unidades cuidados intensivos neonatais/pediátricos. Sendo crucial este estágio, uma vez que a unidade onde trabalho é um local de referência a nível nacional, que recebe várias Crianças e Jovens transferidas de outras unidades hospitalares, através do TIP.

Este tipo de transporte é constituído pela equipa de um Médico, um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH) e tem como missão

“a deslocação rápida de uma equipa de transporte de doente crítico urgente em idade pediátrica, a estabilização clínica dos recém-nascidos e/ou crianças gravemente doentes e o transporte acompanhado para a unidade de saúde disponível adequada ao estado clínico, dispondo de equipamento diverso de avaliação, reanimação e estabilização clínica indispensável (...)” (Despacho n.º 1393/2013, p. 3178).

O Médico e o Enfermeiro da Ambulância possuem formação e experiência em cuidados intensivos neonatais e/ou pediátricos, apresentam competências para a prestação de cuidados de emergência médica, entre outros procedimentos no âmbito da missão deste transporte (Despacho n.º 1393/2013).

As ambulâncias do TIP estão integradas nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com unidades de cuidados intensivos neonatais e/ou pediátricos, em localizações específicas (Norte, Centro e Sul de Portugal), o que permite cobrir a totalidade do território continental, 24 horas por dia, 365 dias por ano (Despacho n.º 1393/2013). Contudo, as regiões Norte e Sul possuem também condições para o transporte aéreo/ helitransporte pelas equipas de TIP.

O TIP no qual realizei o estágio está a cargo de dois Centros Hospitalares da região de Lisboa em parceria, sendo que cada centro assegura todos os transportes neonatais e pediátricos quinze dias por mês, existindo uma organização conjunta em relação à gestão dos equipamentos e consumíveis. Abrange, a área de Lisboa, Alentejo e por vezes o centro do país. Em relação à equipa de enfermagem do Centro Hospitalar onde realizei o estágio, esta é constituída por 15 Enfermeiros que desempenham funções em serviços do Centro Hospitalar, no âmbito da urgência/emergência pediátrica e unidades de cuidados intensivos neonatais e/ou pediátricos. A maioria dos Enfermeiros é Especialista em Enfermagem: 10 Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; 1 Enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e 1 em Enfermagem de Reabilitação.

O TIP é um transporte secundário, onde o Médico tem um telefone de contacto direto e é este que assume ou não o transporte, inclusive pode dar recomendações diagnósticas/terapêuticas diretamente. Depois da primeira chamada, o Médico contacta com o centro coordenador para ativar o transporte e os restantes elementos da equipa (Enfermeiro e TEPH). O Médico do centro emissor (hospital/unidade de saúde de origem) encarrega-se de encontrar uma vaga na unidade de cuidados intensivos recetora. A “(...) decisão de transportar deve ser baseada na perspetiva de benefícios potenciais que superem os riscos do transporte, como cuidados adicionais tanto tecnológicos quanto de especialistas.” (Traiber, Andreolio & Luchese, 2006, p.120).

Apesar dos transportes terrestres serem os mais comuns, o aéreo é sempre realizado consoante a gravidade da situação, urgência na transferência, distância/tempo, disponibilidade de transporte/pessoal, condições climáticas de acesso, de trânsito, segurança e custos (Traiber, Andreolio & Luchese, 2006).

A ambulância está equipada com diverso material necessário para a estabilização e transferência do Recém-nascido/Criança/Jovem. Dispõe de uma incubadora, com equipamentos integrados: monitor de parâmetros vitais, ventilador de transporte (com as duas modalidades de ventilação, não invasiva e invasiva, incluindo ventilação oscilatória de alta frequência e óxido nítrico), uma garrafa de oxigénio e outra de ar comprimido. Quando

se trata de uma Criança/Jovem em que é necessário a maca, a incubadora fica num dos Centro Hospitalares (a ambulância não dispõe dos dois recursos em simultâneo). Apresenta, ainda, várias malas de transporte: neonatal; via área (por exemplo com máscaras, insufladores manuais, material de entubação endotraqueal); circulação (por exemplo com material de punção, cateteres venosos, agulhas, seringas e fármacos para SAV ou que se considerem necessários/específicos); monitor de transporte com desfibrilhador; ventilador de transporte pediátrico; aspirador elétrico (com sondas de aspiração); bombas e seringas infusoras; um mini frigorífico e uma estufa; garrafas de oxigénio, de ar comprimido e óxido nítrico; soros; drenos torácicos e reservatórios; material de trauma.

Nos últimos tempos, tem sido crescente a necessidade de transporte de Pessoas em Situação Crítica e tem sido feito um investimento na melhoria assistencial (Pavão, 2021). Abecasis (2008) refere “Todas as crianças têm o direito de receber os cuidados adequados à sua situação clínica. Quando tal não é possível no hospital em que se encontram, deve ser proporcionada a sua transferência para um centro especializado nas melhores condições.” (p. 165), pelo que o transporte neonatal e pediátrico é um recurso fundamental para a transferência inter-hospitalar destas Crianças.

Posto isto, foi definido como **objetivo geral** e transversal para este estágio: **Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no Cuidado Especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (especificamente Recém-Nascido/Criança/Jovem) e Família/Cuidador.**

Espera-se que o Enfermeiro no cuidado ao Recém-Nascido/Criança/Jovem em Situação Crítica e sua Família/Cuidador desenvolva e domine competências científicas, técnicas, onde o “saber fazer”, aliado à rapidez e eficácia se destaquem, articulando-se com as competências éticas e relacionais, onde prevalece a comunicação e o controlo das emoções, que promovem a qualidade, a humanização e o conforto nos Cuidados de Enfermagem.

Para tal foram delineados dois **objetivos específicos: Desenvolver competências no Cuidado de Enfermagem Especializado à Pessoa em Situação Crítica (especificamente Recém-Nascido/Criança/Jovem) e Família/Cuidador, em contexto de TIP e Contribuir para a melhoria dos Cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica (especificamente Recém-Nascido/Criança/Jovem) e Família/Cuidador, no TIP.**

Relativamente ao primeiro objetivo específico, e antes de mais, importa lembrar que a filosofia que caracteriza os Cuidados de Enfermagem ao Recém-Nascido/Criança/Jovem fundamenta-se em cuidados centrados na Família (Hockenberry & Wilson, 2014). São os

pais e/ou pessoas significativas que formam parte integrante e constante na vida destes. São estas Pessoas que apresentam relações de proximidade com elas, as conhecem e sabem como agem e reagem a diferentes circunstâncias.

Inicialmente, neste estágio conheci o funcionamento, as dinâmicas próprias deste meio e forma de ativação e realizei leitura de normas e protocolos do TIP. O TIP é constituído por cinco fases: primeira fase: ativação e preparação do transporte; segunda: estabilização *in situ* e transferência até ao veículo de transporte; terceira: transporte no veículo (aéreo ou terrestre); quarta: entrega da Pessoa e transferência no hospital recetor; quinta: retorno da operacionalidade da equipa de transporte (Brandstrup, García, Abecasis, Daussac & Millán, 2016).

Aqui, tal como menciona Benner (2001), senti-me como uma Enfermeira proficiente, na medida em que a minha experiência em cuidados intensivos me permitiu perceber as situações de forma geral, reconhecendo os aspetos principais com intuição e segurança. De facto, os acontecimentos e vivências, o nosso caminho profissional determinante para aprendizagens e atuações futuras.

Foram várias as Situações Críticas, principalmente de Recém-Nascidos e Crianças, que tive oportunidade de contactar e transportar ao longo do estágio, sendo cruciais para o meu desenvolvimento de competências especializadas.

Destaco uma situação de um transporte inter-hospitalar de Lisboa – Alentejo – Lisboa, com cerca de duzentos quilómetros de distância que demonstra a importância de equipas especializadas e específicas para realizar este tipo de transporte. Num dos turnos que fiz com o meu Enfermeiro Orientador, fomos ativados para um transporte no Alentejo de um Recém-Nascido de 24 dias de vida, do sexo masculino, com 3,2 quilogramas (Kg) que se encontrava na urgência de um Hospital na referida zona, com um quadro de prostração, recusa alimentar progressiva. Na observação teria apresentado três episódios (num intervalo de 20-30 minutos) de apneia com cianose generalizada, dessaturação até aos 60%, com bradicardia e hiperextensão dos membros superiores com movimentos tónico-clónicos, com reversão após estimulação e administração de terapêutica para a crise convulsiva.

Dada esta informação, sabia que tínhamos uma distância prolongada até chegar junto do Recém-Nascido. O Enfermeiro tem aqui um papel fundamental tanto no planeamento como na efetivação do transporte, cabendo-lhes antes de iniciar o transporte providenciar e verificar todo o material para a sua concretização, sendo ainda responsável pela estabilização da Pessoa, e pela prestação de cuidados durante o mesmo e pela sua segurança (Pavão, 2021). Saber que na ambulância TIP, no final de todos os transportes é reposto todo o material gasto

de forma a ter sempre disponível o material necessário no próximo transporte, reforçou-me a segurança, pois sabia de antemão que dispunha do material necessário para a realização do transporte. Porém, havia uma grande probabilidade de à chegada termos que ventilar invasivamente a criança, pelo que pensei de imediato qual o tubo endotraqueal mais adequado a utilizar tendo em consideração a idade, bem como os fármacos a administrar. Contudo a meio do percurso, o hospital de origem contactou com a equipa TIP para informar que o Recém-Nascido estava novamente com episódios de hipoxemia e bradicardia, mas que revertia com estimulação, ventilação por máscara e insuflador manual, existindo indecisão em ventilar invasivamente. Desta forma, a Médica do TIP verificou se a equipa tinha experiência em entubar e esclareceu dúvidas existentes. A equipa TIP disponibilizou contacto telefónico durante o procedimento e após entubarem o Recém-Nascido, constataram que mantinha saturações periféricas de oxigénio na ordem dos 80%. Ao enviarem o Raio X por mensagem, percebemos que o tubo endotraqueal estava introduzido e que era necessário exteriorizar. Após este procedimento, fixado o tubo e sedado, o Recém-Nascido estabilizou hemodinamicamente e passada uma hora e alguns minutos estávamos no hospital.

A Enfermeira responsável transmitiu-me a história clínica e as intervenções realizadas. Posto isto, efetuei a minha primeira avaliação ao Recém-Nascido de acordo com a abordagem ABCDE, sendo esta uma forma de sistematizar os cuidados iniciais ao Recém-Nascido e uma priorização da sua abordagem. O Recém-Nascido encontrava-se ventilado invasivamente; hemodinamicamente estável; com sonda orogástrica em drenagem passiva; com dois cateteres venosos periféricos, sendo que num deles tinha perfusão sedo-analgésia e soroterapia; aparentemente sem dor, adaptado à ventilação; pupilas isocóricas e isoreativas; sem episódios convulsivos; apirético; com micções na fralda; sem lesões aparentes.

Depois desta primeira abordagem, apresentei-me à mãe do Recém-Nascido. Esta encontrava-se ansiosa e chorosa dada a situação atual do filho. Como Molina e Marcon (2009) referem, a hospitalização de uma criança afeta todos os membros da família e altera toda a dinâmica familiar, uma vez que ao vivenciar o processo de doença do filho, a família ingressa num “novo mundo” (inserido em contexto hospitalar), cuja organização e dinâmica diferem do seu dia a dia, acarretando um elevado nível de *stress* e ansiedade devido ao medo do desconhecido, da qualidade do tratamento, da preocupação com os demais filhos, entre outros. Para tal, Hockenberry e Wilson (2014) referem que são fundamentais técnicas de comunicação como a Escuta que pressupõe a aceitação, o respeito, a empatia, a clarificação. Também Almeida, Batista e Machado (2015) salientam que “(...) há que desmitificar o

ambiente que envolve a criança, para que os pais se sintam mais à vontade, o que vai sendo possível à medida que a confiança e relação estabelecida consolidam.” (p.343). Desta forma, permiti que a mãe chorasse, escutei e esclareci as suas dúvidas relativamente à transferência do Recém-Nascido, e confortei-a. Realço, sem dúvida, que a Escuta foi uma mais-valia para estabelecer uma comunicação interpessoal com base na relação terapêutica estabelecida com a mãe, conseguindo gerir as suas perturbações emocionais (ansiedade e o medo), tal como preconizado no Regulamentos de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018). Kolcaba e DiMarco (2005) referem que ao confortar a família, esta envolve-se nos cuidados necessários para alcançar a saúde e que os Enfermeiros são *coaches* em pediatria, assegurando à Criança/Família segurança e proteção.

Após estabilização do Recém-Nascido no local, procedeu-se à transferência propriamente dita. A transferência no transporte é uma das fases mais importantes, dada a gravidade situacional, existindo um alto risco de morbidade e mortalidade, requerendo que seja realizada por uma equipa especializada, de forma planeada e coordenada (Alejandre & Gómez, 2020). Consta de duas fases: transferência/transmissão de informação da situação clínica e transferência física do Recém-Nascido/Criança/Jovem (Alejandre & Gómez, 2020). A transferência física divide-se em duas transferências, do hospital emissor até à ambulância e da ambulância ao hospital recetor. Na transferência física, há que ter em conta não só a mobilização da Pessoa, mas também a presença de recursos humanos e materiais, de forma a realizar uma transferência adequada e segura tanto para Pessoa como para os profissionais (Alejandre & Gómez, 2020). Por isso, é fundamental o trabalho em equipa e uma comunicação adequada. Antes de iniciar a transferência, verifiquei, juntamente com o meu Enfermeiro Orientador, o funcionamento e bateria do monitor e do ventilador de transporte, a temperatura da incubadora de transporte e as seringas infusoras. Planifiquei e calculei se tinha medicação e soro suficiente para o transporte e questioneei a Médica se queria manter a mesma sedação e ritmo. Mentalmente fiz uma *checklist* dos dispositivos que a criança dispunha (localização, fixação e funcionamento). Esta avaliação permitiu-me antecipar eventuais problemas, aumentando a segurança e diminuindo os riscos durante o transporte.

Organizámo-nos enquanto equipa, definindo qual a posição que cada um assumiria. Como era um Recém-Nascido foi apenas necessário um elemento para a via aérea, um para mobilizar o corpo e outro para acompanhar a mobilização com os dispositivos (sonda nasogástrica, bombas infusoras). Posto isto, o Recém-Nascido foi mobilizado para a incubadora de transporte sem intercorrências.

Posteriormente, a mãe acompanhou-nos até à ambulância, reforcei a necessidade do transporte, explicando como chegaria ao hospital em Lisboa, verificando que a mesma estava informada do motivo do transporte, nome do hospital e da unidade recetora. No que concerne ao acompanhamento dos pais durante o transporte, não existe qualquer recomendação sobre a sua presença (Millán *et al*, 2021). Cabe à equipa de transporte ter em conta os direitos das crianças e assegurar a prestação de cuidados. Neste caso, foi explicada à mãe que não seria possível acompanhar o Recém-Nascido na ambulância porque a lotação da ambulância não o permitia, possibilitando dar resposta às suas necessidades de informação, reduzindo a sua ansiedade e insegurança.

Após acomodação do Recém-Nascido na ambulância e verificadas as condições de segurança, prosseguimos viagem. Passado algum tempo o Recém-Nascido começou a ficar reativo, com movimento de flexão dos membros e desadaptado da ventilação. Na altura apliquei as minhas mãos sobre o seu tórax, utilizando a abordagem do toque terapêutico “(...) o uso das mãos sobrepõe-se como a ferramenta polivalente mais poderosa no ato do cuidar (...) O toque terapêutico apresenta-se, portanto, como uma poderosa estratégia de humanização (...) além de aliviar a dor e proporcionar conforto (...)” (Ramos, Frias & Risso, 2016, p. 505). Em complementaridade, ajustei os ritmos de sedo-analgésia, o que promoveu o alívio da dor, a tranquilidade, a estabilização dos parâmetros vitais, promovendo o conforto. Desta forma, realizei uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar do Recém-Nascido, utilizando medidas farmacológicas, situações de sedo-analgésia e medidas não farmacológicas (Regulamento n.º 429/2018). Kolcaba e DiMarco (2005), referem que quando o Enfermeiro promove conforto holístico na sua prática diária as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência são facilmente identificadas.

Ao longo do transporte, a monitorização foi sempre garantida, reavaliando constantemente o Recém-Nascido e registando essas avaliações. Tive em conta as variadas interferências inerentes ao transporte em ambulância, tais como as forças de aceleração e desaceleração, pois estas podem desencadear efeitos fisiológicos significativos nas crianças (Ordóñez, 2018).

Chegada a Lisboa, procedeu-se à segunda transferência física da ambulância até ao hospital recetor, sem intercorrências. Na altura da mobilização tive em atenção aspetos anteriores mencionados (recursos humanos e materiais). Realizei a transmissão de informação ao enfermeiro, verbalmente e por escrito, com a entrega de informações do Recém-nascido, explorações complementárias e intervenções realizadas, de forma a manter a continuidade e segurança dos cuidados.

Ao longo desta situação, desenvolvi competências no âmbito da prestação de cuidados à Pessoa (neste caso Recém-Nascido) em Situação Crítica e sua família, antecipando a sua instabilidade, tal como preconizado no Regulamento n.º 429/2018.

Relativamente ao desenvolvimento de competências específicas no âmbito da prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018), cumpro com as precauções básicas como a higienização das mãos e o uso adequado do equipamento de proteção individual (luvas, bata e/ou avental, máscara e proteção facial/ocular). No final de cada transporte, realizei sistematicamente a limpeza e desinfecção da maca ou da incubadora, do monitor de transporte, ventilador e bombas infusoras, quebrando elos da cadeia de transmissão de infeções. Destaco a minha intervenção no TIP, nomeadamente na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, por exemplo com o uso de técnica asséptica na aspiração de secreções, colocação de filtros e circuitos respiratórios, uma vez que os mecanismos mais comuns pelos quais a pneumonia associada à ventilação se desenvolve são a aspiração, a utilização de material contaminado e a colonização do trato aerodigestivo (Pereira, 2020). No que concerne à prevenção da bacteriemia associada aos cateteres periféricos, centrais e arteriais, bem como na prevenção da infeção urinária associada aos cateteres vesicais, desde a sua inserção, manutenção e deteção precoce de sinais de infeção, utilizei à semelhança do estágio anterior, os feixes de intervenção/*bundles* preconizados pela DGS, bem como as normas do centro hospitalar.

À luz do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro, também desenvolvi competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, de acordo com princípios e normas deontológicas, garantindo a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Realço que a partir do momento em que a equipa de transporte aceita realizar o transporte inter-hospitalar de um Recém-nascido/Criança/Jovem, começa a sua responsabilidade por este, desde indicações telefónicas, diagnóstico e tratamento (Conde & González, 2018). Tal como Abecassis (2008) menciona “Todas as crianças têm o direito de receber os cuidados e os cuidados adequados à sua situação clínica” (p. 165). O mesmo autor elucida que as condições de transporte devem ser iguais ou melhores que as do hospital de origem e que a equipa TIP assegura que a criança seja estabilizada, antes de iniciar transporte para que o benefício da transferência seja ultrapassado pelo risco inerente à mesma.

Assim sendo, o enfermeiro do TIP deve saber gerir e solucionar problemas emergentes/eventos críticos com flexibilidade, autonomia e criatividade. A transferência do Recém-Nascido/Criança/Jovem possui características peculiares, necessita de Cuidados de

Enfermagem específicos dirigidos às suas necessidades, por isso a antecipação, o trabalho de equipa e a otimização de recursos são a base da filosofia de qualquer equipa deste contexto (Ruiz & Garcia, 2018). Este trabalho em equipa tem por pilar a “(...) tomada de decisão para a antecipação e resolução de intercorrências durante a transferência, contribuindo para um transporte bem-sucedido” (Graça, Silva, Correia & Martins, 2017, p. 134). Há que realçar, ainda, que o Enfermeiro tem que confiar nas suas capacidades e sustentar alguma ansiedade, que possa sentir, na fé das suas competências científicas, tanto mais que vai ter que se defrontar com equipas de trabalho pequenas e com a ausência do suporte de outros colegas.

O Enfermeiro, ao obter os dados do Recém-Nascido/Criança/Jovem, deve planear e gerir o material e a medicação previsível a utilizar durante a estabilização e transferência (Ruiz & Garcia, 2018). Existem vários diagnósticos de enfermagem e a rapidez que é necessária para identificá-los ajuda a planear os cuidados específicos de Enfermagem. Por exemplo, recordo-me da situação de uma criança com o diagnóstico de bronquiolite em que complicações potenciais é a entubação endotraqueal. Logo, de imediato, planeei o número do tubo endotraqueal que correspondia à sua idade, os centímetros a introduzir e a necessidade de punção de acesso venoso periférico para administração de fármacos. Ou seja, tive em mente as possibilidades de resposta perante o diagnóstico clínico e qual os cuidados de enfermagem eventualmente necessários, pois o Enfermeiro, no transporte tem que tomar decisões informadas e inteligentes e deve trabalhar para o melhor interesse da Pessoa e sua Família.

Indubitavelmente, o Enfermeiro tem que saber gerir-se a si próprio. Tem que possuir as capacidades para encontrar estratégias eficazes e de resolução rápida. Tem de aprender a conviver e a trabalhar num contexto de incerteza, de tristeza, de impotência. Evidentemente que não é de todo fácil e embora, paralelamente, sejamos visitados pela alegria, o amor, a solidariedade e a esperança, muitas vezes o sentimento de perda é predominante. É aqui, nesta simbiose de sentimentos e emoções, neste lidar diário com a vulnerabilidade das Pessoas (neste caso específico de Recém-Nascido/Crianças/Jovens) e seus familiares/pessoas significativas, que a estabilidade emocional se torna essencial.

Mais uma vez reforço o incremento da competência de Inteligência Emocional. Não basta, por isso, agir com racionalidade e com base na razão. É necessário, também, incluir a empatia, a cooperação e a resolução de conflitos no seio onde os profissionais de saúde trabalham e vivem absorvidos pelo seu espírito de missão, de ajuda e cuidado de Pessoas em situação de vulnerabilidade. Por isso, a Inteligência Emocional é um fator determinante no desempenho e melhoria dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em

Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017).

Desta forma, desenvolvi competências no domínio da gestão dos cuidados, gerindo os Cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, bem como adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando, deste modo a garantia da qualidade dos referidos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

No início do estágio inscrevi-me, e frequentei as IV Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva, sobre Técnicas de Circulação Extracorporeal em Medicina desenvolvidas pelo Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (Anexo VI). Estas Jornadas foram fundamentais para acompanhar a evolução científica neste âmbito e prestar cuidados baseados nestas técnicas de circulação extracorporeal, para se atingir uma prática de qualidade e excelência. No meu local de trabalho, as técnicas mais realizadas são as terapêuticas contínuas de substituição da função renal, nomeadamente a hemodiafiltração veno-venosa contínua. Por vezes, o TIP transporta Crianças/Jovens até à UCIP com essa finalidade. Um dos temas também abordado nas Jornadas foi a oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO) que, apesar de não existir na minha unidade é cada vez mais uma realidade nos cuidados de saúde. O ECMO neonatal e pediátrico no nosso país está a cargo de dois centros hospitalares (um no norte e outro em Lisboa), sendo a equipa de Lisboa uma de resgate específica (Abecassis, 2015). Todavia, o TIP pode ser solicitado para ajudar estas equipas de resgate.

Graça, Silva, Correia e Martins (2017) afirmam que mesmo os profissionais de saúde habituados a assistir Pessoas em Situação Crítica necessitam de formação específica direcionada para a prestação de cuidados em transporte, nestas situações. Neste sentido, realizei também ao longo do ensino clínico um Curso Online em espanhol na área do Transporte Neonatal e Pediátrico do grupo de *Estabilización y Transporte del Niño y Neonato* Crítico da Sociedade Espanhola de Cuidados Intensivos Pediátricos (Anexo VII), tendo sido sujeita a um teste de avaliação teórica.

Este Curso incidiu sobre os tipos de transporte (terrestre e aéreo) e as suas fases, o material e a monitorização necessária, a ventilação mecânica invasiva e não invasiva e os cuidados de estabilização neonatal e pediátrica. Assim, desenvolvi competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, expandindo o autoconhecimento e baseando a minha práxis clínica especializada em evidência científica, tal como preconizado

no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019).

Em relação ao **segundo objetivo que estabeleci - Contribuir para a melhoria dos Cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica (especificamente Recém-Nascido/Criança/Jovem) e Família/Cuidador, no TIP**

De acordo com a alínea e), do Artigo 83.º da Deontologia Profissional de Enfermagem, na qual o Enfermeiro deve “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções” (p.70), em que a continuidade de cuidados pode ser perspetivada como um *continuum* no tempo e/ou entre instituições e níveis de cuidados (OE, 2015a). Neste contexto identifiquei a necessidade de reformulação da folha de registos de enfermagem do transporte e sugeri que a cópia dessa folha de registos fosse entregue no hospital recetor, de modo a favorecer a continuidade de cuidados.

Tal como anteriormente referido, a transferência no transporte neonatal e pediátrico é uma das fases mais importantes, tanto inter-hospitalar como intra-hospitalar, dada a gravidade situacional, existindo um alto risco de morbidade e mortalidade, o que requer que seja realizada por uma equipa especializada, de forma planeada e coordenada (Alejandre & Gómez, 2020). Consta esta de duas fases: transmissão de informação da situação clínica e transferência física da Pessoa (Alejandre & Gómez, 2020). Então, foi no âmbito da transmissão de informação a nível escrito que decidi delinear este objetivo.

A transmissão de informação (Alejandre & Gómez, 2020) é um processo dinâmico e informativo que consta também de duas fases: uma primeira, verbal, realizada pelo Médico e pelo Enfermeiro, e uma segunda, escrita, na qual são entregues informações sobre o Recém-Nascido/Criança/Jovem, bem como avaliações complementares e intervenções realizadas.

Este processo de transmissão de informação é compreendido como o *handover/handoff* e é definido como informação específica da Pessoa, de um prestador de cuidados para o outro ou dos prestadores de cuidados para a Pessoa e Família, mantendo a continuidade dos cuidados e a segurança da Pessoa (Lopes, Marques & Sousa, 2021). É também, “(...) qualquer situação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores de cuidados, mantendo sempre como foco a continuidade e segurança dos cuidados.” (Lopes, Marques & Sousa, 2021, p.5).

VanGraafeiland *et al* (2018) mencionam que o *handover* e o transporte são momentos de alto risco para erros médicos, eventos evitáveis e falhas de comunicação que são ameaças diretas à segurança das Pessoas alvo de cuidados. Deste modo, é de enfatizar a necessidade

de padronizar protocolos de comunicação durante o *handover* e o transporte para minimizar riscos e melhorar a segurança (VanGraafeiland *et al*, 2018). O *handover* e o transporte neonatal e pediátrico envolvem variáveis como a idade, o peso e a condição da criança, bem como a família, as quais podem aumentar os riscos de complicações (VanGraafeiland *et al*, 2018).

Em consonância com a Norma nº 001/2017 da DGS

“As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados (...)” (p.5).

Como tal é crucial uma comunicação eficaz, para uma comunicação segura no Cuidado à Pessoa (Riesenberg, Leitzsch & Little, 2019). Estes autores também analisaram artigos, com regras mnemónicas de *handover/handoff*, validadas por entidades peritas na área que ajudam a padronizar a comunicação em saúde. Em Portugal, a DGS (2017) recomenda a mnemónica ISBAR “(...) auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações.” (p. 4).

Relativamente à transmissão de informação escrita na folha de registo TIP, deve esta permitir registar distintos aspetos e intervenções realizados durante o transporte (Unidade de Transporte Pediátrico Balear, 2013). É ela uma ferramenta básica e possibilita, desde um primeiro momento, recolher os dados do Recém-Nascido/Criança/Jovem e perceber as primeiras intervenções realizadas, bem como determinar as próximas intervenções, tendo em conta a Família/Cuidador (UTPB, 2013). Tem por objetivos: monitorizar e transmitir informação do Recém-Nascido/Criança/Jovem ao hospital recetor; antecipar e otimizar a atuação de situações graves; constituir um instrumento estatístico (quantificar o número de transportes, caracterizar o Recém-Nascido/Criança/Jovem e a complexidade das intervenções realizadas, monitorizar parâmetros de qualidade, como por exemplo tempos de resposta e estabilização, procedimentos complexos realizados).

Desta forma, propus a reformulação da folha de registo de enfermagem do TIP (Apêndice IX), no Centro Hospitalar onde realizei o estágio. Ao elaborar esta folha de registo, decidi dividi-la da seguinte forma (Apêndice X):

- Dados descritivos: equipa, hospitais/serviços implicados e tempos (ativação, resposta, estabilização e duração);

- História Clínica: identificação, filiação, anamnese, antecedentes pessoais, alergias, diagnóstico e motivo de transporte;
- Avaliação ABCDEF;
- Monitorização de parâmetros vitais;
- Notas/Incidências;
- Assinatura do enfermeiro que realizou o registo.

Pavão (2021) menciona que a avaliação primária da Pessoa em Situação Crítica deve ser realizada “(...) através da mnemónica ABCDE (...) que permite identificar e solucionar sequencialmente situações que ameaçam a vida.” (p. 99). Após esta avaliação, o Enfermeiro tem a informação necessária para identificar a Pessoa em Situação Crítica (neste caso específico, Recém-Nascido/Criança/Jovem) e a necessidade de a transportar, daí ter decidido fazer a avaliação tendo por base esta mnemónica de ABCDE. Acrescentei, porém, o “F” de Família, uma vez que os cuidados centrados na Família surgiram como um padrão na atenção pediátrica (Millán, 2021).

Sugeri que, para além da proposta de reformulação da folha de registo, a cópia da mesma fosse entregue no hospital recetor uma vez que o registo de enfermagem não é informatizado, não ocorrendo a sua entrega no hospital recetor e não integrando o processo individual do Recém-Nascido/Criança/Jovem. Essa entrega poderia constar uma fotocópia do registo de enfermagem do transporte ou o envio por e-mail do mesmo, digitalizado para o hospital e, posteriormente, colocado no processo clínico.

Durante o estágio, como anteriormente mencionei, realizei um Curso Online em espanhol na área do Transporte Neonatal e Pediátrico que me alertou para a importância desta temática da transmissão de informação clínica e que deve ser alvo de atenção por parte das equipas.

É, sem dúvida, um dos grandes desafios que se coloca atualmente aos Enfermeiros, a forma como são efetuados os registos das suas intervenções, pois vivemos num mundo em mudança e sabemos que essa mudança influencia a vida das organizações, o que torna todo o processo complexo, levando à necessidade de uma reflexão sobre a forma como este tipo de registos de enfermagem estão a ser efetuados.

Enfatizo que o *handover* e o TIP estão associados a um alto risco de complicações e o uso de equipas especializadas e comunicação padronizada está associada a melhores resultados (Foronda, VanGraafeiland, Quon & Davidson, 2016). Como Pavão (2021) realça, “Só com equipas devidamente treinadas e com formação específica é que se consegue

minimizar riscos e garantir um transporte seguro, resultando em menos eventos adversos e de menor gravidade.” (p.103).

Desta forma, contribuí para a melhoria de cuidados no TIP, desenvolvendo competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, incrementando práticas de qualidade e garantindo um ambiente terapêutico seguro (Regulamento n.º 140/2019). Também desenvolvi, neste âmbito, competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, baseando a minha prática clínica especializada em evidência científica.

Saliento que este estágio foi um local privilegiado de formação e aprendizagem, dado à diversidade de experiências vivenciadas, à multiplicidade de relações que estabeleci e aos momentos de reflexão que me mostraram quantas histórias povoam o imaginário de todas as crianças que olhei e cuidei.

Concluo, como Sá (2010) refere

“Moram, em cada criança, inúmeras histórias verdadeiras, sonhos e ideias. Moram vilões e magos. Moram personagens carinhosas e velhas. E um ou outro viajante acidental que, de surpresa, lhes deu luz, ou alma ou vida. E episódios. Muitos que magoam. E alguns mágicos. É assim o mundo das crianças. Não é nem cor-de-rosa nem áspero. Não é bucólico nem apressado. É igual ao nosso.” (Sinopse).

3. CONCLUSÃO

Este relatório retrata o percurso efetuado para obtenção do Grau de Mestre e de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica: o encaixe da “peça final neste grande *puzzle* do Conhecimento”. Escolhi para início deste relatório a “imagem” de um *puzzle*, no qual a escolha de cada peça é determinante para nos sentirmos mais confortáveis e mais alinhados com a nossa própria essência, sabendo, muito embora, que nem sempre conseguimos encaixar todas as peças. Não obstante, o desafio de o conseguir revigorou-me a força de vontade, a força da tenacidade e da persistência em tentar tudo para que essas peças encaixassem umas nas outras. Deve assim, um Enfermeiro Especialista “abraçar” a sua profissão: percebendo, sentindo, decidindo, gerindo, sempre para poder ir mais além.

Contudo, como Alves (2018) refere “A coragem moderna não passa por atos guerreiros ou atitudes de herói. A nova forma de bravura consiste em gestos muito simples” (p.41), sendo que esta muitas vezes se resume à humanização dos cuidados, na qual a Escuta e o Conforto são duas peças fundamentais e sempre me acompanharam.

A Teoria do Conforto de Kolcaba foi um dos pilares para a realização deste relatório e a minha prática clínica e permitiu-me uma melhor compreensão das necessidades da Pessoa em Situação Crítica e sua Família/Cuidador, promovendo-lhes conforto e bem-estar. Preconizo, assim o que Sousa (2020) refere

“Se a VIDA é Algo Maior – no amplo sentido do conforto – há que fazer de *cada situação de cuidado um encontro confortador*, dado que as situações de cuidados são únicas e é face a elas que se constrói o cuidado que conforta. São tão únicas que este encontro pode ser co-criado, num processo que é de ambos os intervenientes – o meu agir faz sentido no sentido do outro ou dos outros – e é disso que hoje temos mais necessidade quando é a saúde que está em causa.”, p. 133).

Relativamente, à Análise do Conceito de Escuta nos Cuidados de Enfermagem, foi crucial para o conceito, mas operacional na prática e na investigação, para melhorar o seu significado e importância. A Escuta é uma competência essencial aos Cuidados de Enfermagem, uma ferramenta que coloco e sempre colocarei na minha prática. Ela que me impulsionará escutar-me a mim própria. A escutar o Outro, numa simbiose de relação terapêutica.

No que concerne ao trabalho de equipa, com os meus colegas e às investigações que em conjunto fizemos tenho de realçar os momentos de partilha e de conhecimento mútuo nos quais fortalecemos relações e aprimorámos saberes.

Em relação aos contextos de estágio, estes tornaram-se uma mais-valia para o meu desenvolvimento de competências comuns e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, permitindo-me experimentar, refletir, aprender e cuidar aprendendo. O SUP constituiu um contexto diferente por mim vivenciado, que me marcou e proporcionou ensinamentos enriquecedores. Já o TIP deu-me a visibilidade dos diferentes contextos e das diferentes realidades pediátricas e neonatais praticadas, acrescentando-me saber e profissionalismo.

A excelência do cuidar é a meta que qualquer Enfermeiro ambiciona alcançar. Desta forma procuro alicerçar a minha prática clínica, tendo como perspetiva o cuidar de uma forma holística e humanista, estabelecendo um caminho de reciprocidade.

Como futura Enfermeira Especialista não devo esquecer de preservar os princípios básicos da enfermagem, a minha ética profissional, a motivação e a inspiração e, espero sinceramente, ser catalisadora de mudança e possuir uma visão estratégica de missão, bem como estar atenta às características da equipa e das Pessoas/Famílias a quem cuido, de forma a gerar confiança e bem-estar.

Devemos ter consciência que estamos em permanente evolução interior e que, por isso mesmo, hoje podemos ser melhores do que ontem fomos e amanhã podemos fazer tudo muito melhor do que hoje fizemos, porque construimo-nos ao longo da nossa formação como profissionais e Pessoas.

Se por um lado, parece que é atingido o culminar de um trabalho árduo, desafiante e exigente, por outro, o caminho de rigor, de exigência e de permanente evolução vai ser reiniciado, pois há sempre novas memórias e histórias repletas de pequenas grandes coisas à nossa espera!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abecasis, F. (2008). Transporte neonatal e pediátrico organização e perspetivas actuais. *Nascer e Crescer*, 17(3), 162–165. Disponível em: https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1154/1/TransporteNeonatal_NeC_17-3_Web.pdf
- Abecasis, F. (2015). Sobre a Utilização da ECMO. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (2), 93-94. Disponível em: <https://pjp.spp.pt/article/view/6814/5051>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. Disponível em <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Alejandro, C.; Gómez, J. (2020). *Protocolo de transferencia del paciente en el transporte pediátrico y neonatal – Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Disponível em: <https://secip.com/images/uploads/2020/07/Transferencia-del-paciente-en-el-transporte-pedi%C3%A1trico-y-neonatal.pdf>
- Alves, J.A.; Campos, S.; Ribeiro, C. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Referência*. III Série (7), 33-42. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966003.pdf>
- Alves, L. (2003). *XIS Ideias Para Pensar*. Porto: Oficina do Livro.
- Alves, L. (2018). *Eu, tu e os outros*. Clube do Autor: Lisboa.
- Almeida, A.C.; Batista, V.; Machado, F. (2015). Os pais parceiros nos cuidados: da utopia à realidade. In J. Reis, M. Costa, P. Jácome & T. Candeias (Coords). *Cuidados Intensivos Pediátricos: Olhares sobre um percurso* (pp.331-353). Lisboa: Climepsi Editores.
- Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (2012). *Erros de Medicação em Neonatologia e Pediatria*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2012/Tomada_Posicao_Erros_PNAE%202012.pdf
- Bártolo, E. (2008). Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem. *SÍSIFO – Revista de Ciências da Educação*, 5, 7-18.

Disponível em: <https://silو.tips/download/unidade-de-cuidados-intensivos-pediatricos-um-lugar-onde-os-profissionais-de-sau>

- Belela, A. S. C., Pedreira, M. da L. G., & Peterlini, M. A. S. (2011). Erros de medicação em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563–569. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672011000300022>
- Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- 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>
- Brandstrup, K.B., García, M., Abecasis F., Daussac E., Millán, N. (2016). Transporte interhospitalario especializado neonatal y pediátrico. Gestión de recursos. Protocolo de activación de una unidad especializada. *Revista Española de Pediatría* (72), 3-8. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2016/REP%2072-Supl%201.pdf>
- Caldeira, P. (2021). Reanimação Cardiopulmonar Avançada no Adulto. In N. Coimbra (Ed), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp.113-118). Lisboa: Lidel.
- 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>
- Coelho, M.T.V. (2013). *Um Utente Uma Pessoa Diferente*. Loures: Lusociência.
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lisboa: Lidel.
- Conde, B., González, E. (2018). Documentación y aspectos legales del transporte pediátrico. In Villanueva, A. M., García del Real, N. M., Azuero, K. B. B., García, L. S. (Ed), *Manual de Estabilización inicial y transporte pediátrico y neonatal* (143-164). Oviedo: Tesela Ediciones.
- Cunha, M., Estrada, J. F., Abecassis, F. (2022). Pediatric Interhospital Transport: Who and How We Transport in the South of Portugal. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 53 (1), 367-375. <https://doi.org/10.25754/pjp.2022.23918>.
- Despacho n.º 1393/2013 (2013). Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República*, 2.ª Série (Nº16 de 23-01-2013), 3177-31178. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2013/01/016000000/0317703178.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014 (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com

- o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. *Diário da República, 2.ª Série* (Nº 153 de 11-08-2014), 20673- 20678. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 13427/2015 (2015). Define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência. *Diário da República, 2.ª Série* (Nº228 de 20-11-2015), 33814-33815. <https://files.dre.pt/2s/2015/11/228000000/3381433816.pdf>
- Diogo, P.; Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar em Enfermagem*, 16 (1), 62-71. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258529327_O_Trabalho_Emocional_Reflexao_e_investigacao_em_cuidados_de_enfermagem
- Direção-Geral da Saúde (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Nº: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010, 1-26. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Organização Do Material de Emergência Nos Serviços e Unidades de Saúde*. Nº 008 de 28/03/2011, 1–11. Disponível em: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Orientacao_DGS_08_2-03-2011_Carros_Emergencia.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2015a). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Nº 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017, 1-12. Disponível em: <https://nocs.pt/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Direção-Geral da Saúde (2015b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Nº 022/2015 de 16/12/2015, 1-17. Disponível em: <https://nocs.pt/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, N.º 001/2017, 1-8. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

- 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>
- Esteves, C. (2021). Qualidade e Segurança. In N. Coimbra (Coord.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (p. 44-250). Lisboa: Lidel.
- Faria, J. M. S., Pontífice-Sousa, P., & Gomes, M. J. P. (2018). *La comodidad del paciente en cuidados intensivos - una revisión integradora* TT - O conforto do doente em cuidados intensivos. revisão integrativa TT - Comfort care of the patient in intensive care - an integrative review. *Enferm. Glob*, 17(50), 477–489. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000200477&lng=es&nrm=iso
- Foronda, C., VanGraafeiland, B., Quon, R., & Davidson, P. (2016). Handover and transport of critically ill children: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 207–225. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.020>
- Graça, A., Silva, N., Correia, T., Martins, M. (2017). O Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (15), 133-144. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388255693017/html/>
- Goleman, D. (2015). *A Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol I e II). Lisboa: Lusociência. (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children. 2011. 9ª Edição. Elsevier: Canadá).
- Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM (2017). Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico. Disponível em: <https://www.inem.pt/2017/05/25/transporte-inter-hospitalar-pediatico/>
- 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>
- 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*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K.; DiMarco, M. A. (2005) *Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. Pediatric Nursing*, 31 (3), 187-194. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Katharine-Kolcaba/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatic_nursing/links/551578720cf2d70ee27039a5/Comfort-Theory-and-its-application-to-pediatic-nursing.pdf
- Lavado, P. (2021). Trauma – Uma Viagem do Pré-Hospitalar à Abordagem no Serviço de Urgência. *Life Saving Scientific*, 1(1), p. 49-57. Disponível em: https://issuu.com/lifesaving/docs/lifesaving_scientific_voll_n2?fbclid=IwAR1pkfhXsnr_sGbkL2DWF3h0t5REJTjDQ_n7y4AG1VfV1wZ9rpC30hpxVMwE
- Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, LDA.
- Lopes, J., Marques, R., Sousa, P. (2021). O handover / handoff perante a pessoa em situação crítica no serviço de urgência: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos da Saúde*, 13(2), 4–12. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9565>
- Machado, H. (2021). Organização e Gestão no Serviço de Urgência. In N. Coimbra (Ed), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (p.3-12). Lisboa: Lidel.
- Mendes, R. S., Cruz, A. M., Rodrigues, D. P., Figueiredo, J. V., & Melo, V. de M. (2016). Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(2), 390–395. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v15n2/1677-3861-ccs-15-02-0390.pdf>
- Millán, N., Sánchez García, L., Ballesteros Diez, Y., Rodríguez Merlo, R., Salas Ballestín, A., Jordán Lucas, R., & de Lucas García, N. (2021). Importancia del transporte pediátrico y neonatal especializado. Situación actual em España: Hacia um futuro más equitativo y universal. *Anales de Pediatría*, xxxx, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.06.01>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem e Regulamento o do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29_102015_VF_site.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados 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; na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Recomendações – Transporte do Doente Crítico*. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Ordóñez, M. J. (2018). Transporte terrestre. In Villanueva, A. M., García del Real, N. M., Azuero, K. B. B., García, L. S. (Ed), *Manual de Estabilización inicial y transporte pediátrico y neonatal* (190-214). Oviedo: Tesela Ediciones.
- 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. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23934/1/2012_16_1_80-94.pdf
- Parse, R. R. (2007). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*, 20(4), 308–311. <https://doi.org/10.1177/0894318407307160>
- Pavão, S. (2021). Transporte do Doente Crítico. In N. Coimbra (Ed), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (p.98-104). Lisboa: Lidel.
- Pereira, Rui (2020). Prevenção e Controlo de Infeção. In J. Pinho (Ed), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (p.161-174). Lisboa: Lidel.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Ponte, K. M. de A., Bastos, F. E. S., Fontenele, M. G. M., Sousa, J. G. de, & Aragão, O. C. (2019). Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession / Necessidades de conforto de pacientes atendidos no serviço de urgência e emergência: implicações para enfermagem. *Revista de Pesquisa*

Cuidado é Fundamental Online, 11(4), 925–930. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.925-930>

Ramos, A., Frias, A., Risso, S. Resultados da Intervenção Toque Terapêutico no Recém-Nascido: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(1), 502-518. Disponível em: [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/20183/1/ArtigoToqueTerapeutico_131-465-1-PB%20\(1\).pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/20183/1/ArtigoToqueTerapeutico_131-465-1-PB%20(1).pdf)

Regulamento nº429/2018 (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. *Diário da República*, 2.ª Série (Nº135 de 16-07-2018), 19359-19369. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 126 de 6-02-2019), 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ribeiro, P.C.P.S.V.; Marques, R.M.D; Ribeiro, M.P. (2017). O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70 (4), 865-872. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>

Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Little, B. W. (2019). Systematic Review of Handoff Mnemonics Literature*. *American Journal of Medical Quality*, 34(5), 446–454. <https://doi.org/10.1177/1062860619873200>

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* (2nd ed., 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>

Ruiz, E., García, M. (2018). El papel de enfermeira em el equipo de transporte pediátrico y neonatal (174-189). In Villanueva, A. M., García del Real, N. M., Azuero, K. B. B.,

- García, L. S. (Ed), *Manual de Estabilización inicial y transporte pediátrico y neonatal* (174-189) Oviedo: Tesela Ediciones.
- Sá, E. (2010). *Más Maneiras de Sermos Bons Pais*. 8ª Edição. Alfragide: Oficina do Livro.
- Shibley, S. D. (2010). Listening : A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 45(2), 125–134. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00174.x>
- Santos, M. T. (2015). A UCIP ao longo dos anos. In J. Reis, M. Costa, P. Jácome, Candeias, T. (Ed), *Cuidados Intensivos Pediátricos – Olhares sobre um percurso* (p.19-55). Lisboa: Climepsi Editores.
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Soares, P. R., Roberto, L. da C., & Louro, T. Q. (2020). Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jwYzqTKVcdwSdtbvZzhTtnJ/?format=pdf&lang=pt>
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2017). *Recomendações de Bolso da Sociedade Europeia de Cardiologia para o Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio nos Doentes que se apresentam com Elevação do Segmento ST* (Versão Portuguesa). Disponível em: https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/1.EAM_STEMI-2017.pdf
- Sousa, L., Firmino, C., Carteiro, D., Frade, F., Marques, J., Antunes, L. (2018). Análise de Conceito: Conceitos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, p. 9–19. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330205622_ANALISE_DE_CONCEITO_CO_NCEITOS_METODOS_E_APLICACOES_EM_ENFERMAGEM
- Sousa, P. P. (2020). *O Conforto da Pessoa Idosa* (2ª). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Souza, S., Paulo, L., Cordeiro, F., Lúiza, A., de Aguiar, N., Dias, V., Aparecida, M., & Helena, L. (2013). El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes, *Enfermería Global*, Nº 30, p.268–280. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200013
- Traiber, C., Andreolio, C., Luchese, S. (2006). Transporte inter-hospitalar de crianças criticamente doentes. *Scientia Medica*, 16(3), 119–125. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/doi/18065562/2006/00000016/00000003/art00014;jsessionid=aga026ebdlgcp.x-ic-live-01>

- Teixeira, A., Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Qualificação Para Uma Prática de Sucesso – Investigação e Prática Baseada na Evidência. In J. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (p. 8-20). Lisboa: Lidel.
- Teixeira, A., Nogueira, A., Alves, P. (2020). Gestão - Empoderamento Profissional em Enfermagem. In J. A. Pinho (Ed), *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel.
- Teixeira, J., Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (10), p.135-142. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/311965560_Monitorizacao_da_dor_na_pessoa_em_situacao_critica_uma_revisao_integrativa_da_literatura
- Unidad de Transporte Pediátrico Balear (2013). *Manual de Estabilización y Transporte de Niños y Neonatos Críticos*. 1-184. Disponível em: https://issuu.com/formacion222/docs/manual_transporte_pediatico-r/1
- VanGraafeiland, B., Foronda, C., Vanderwagen, S., Allan, L., Bernier, M., Fische, J., Hunt, E. A., Jeffers, J. M. (2018). Improving the handover and transport of critically ill pediatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, 1-10. <https://doi.org/10.1111/jocn.14627>
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro – Da Compaixão à Proficiência* (3ª ed.). Lisboa: Universidade Católica.

APÊNDICES

**APÊNDICE I - Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com
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 pessoas com falência cardíaca, sendo um dos dispositivos de assistência ventricular esquerda mais utilizado (Reid & Cottrell, 2006). As pessoas 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, ilíaca 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 ruptura 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.

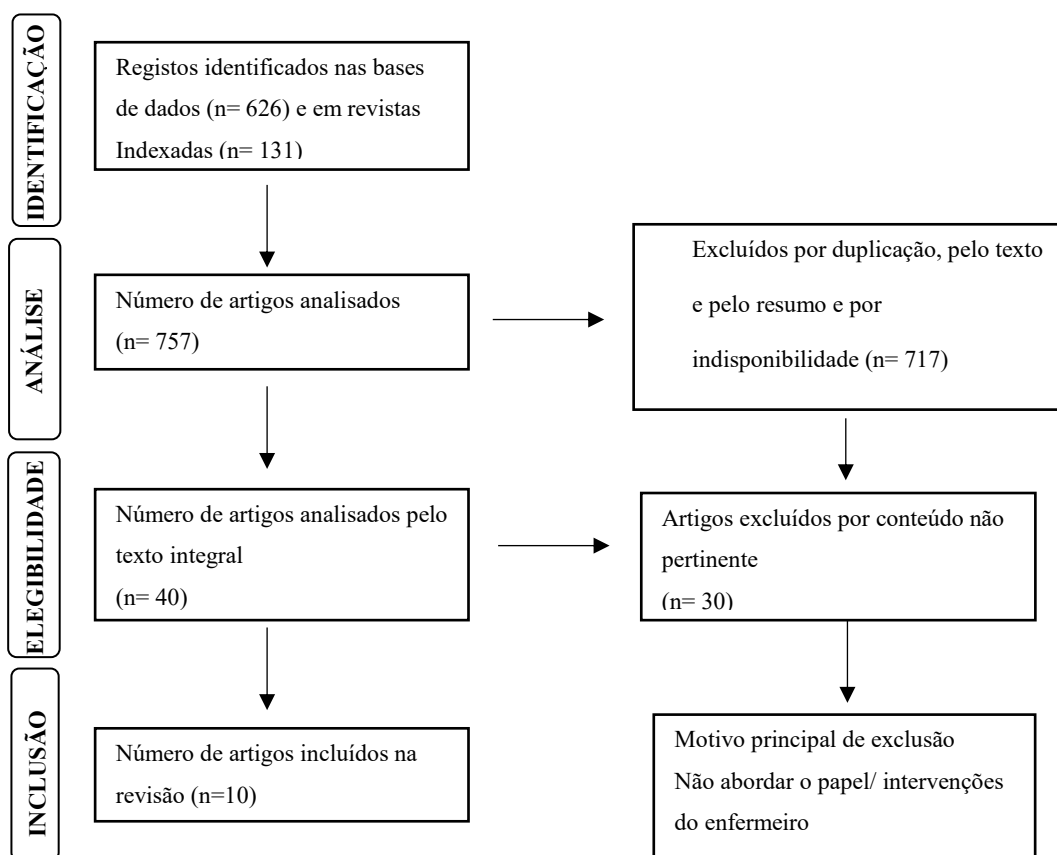


Figura 1. Fluxograma Prisma (Page *et al.*, 2021).

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.

| Artigo / Base de dados / Revista | Objetivos do estudo | População/ Amostra | Desenho do estudo/ Nível de Evidência | Resultados |
|--|---|---------------------------|--|--|
| (Reid & Cottrell, 2006) / - / AACN Critical Care Nurse | <p>Descrever as indicações para o uso do balão intra-aórtico, os fatores de risco e complicações potenciais.</p> <p>Descrever os cuidados de enfermagem à pessoa e sua família.</p> | - | Revisão da literature/ 5b | <p>Intervenções de enfermagem centradas na prevenção e gestão de complicações:</p> <p>Isquemia do membro</p> <p>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);</p> <p>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> <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>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 & Juricek, 2016) / - / AACN Advanced | Descrever a abordagem de inserção do cateter-balão, as suas vantagens em | Pessoas a aguardar transplante cardíaco | Revisão da literature/ 5b | <p>Avaliar a perfusão periférica;</p> <p>Monitorizar o estado de consciência;</p> <p>Vigiar o local de inserção do cateter-balão;</p> |

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| <p>Critical Care</p> | <p>relação à abordagem femoral, complicações e cuidados de enfermagem</p> | | <p>Monitorizar parâmetros hemodinâmicos; Monitorizar complicações (hemorragia, ruptura de placa ou embolo, ruptura de balão, isquemia do membro, migração do cateter-balão, isquemia 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; Monitorizar parâmetros analíticos; 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> |
| (Lewis <i>et al.</i> , 2009) / CINAHL Complete/ Australian Critical Care | <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 Hospitais da Austrália;</p> <p>Discutir a importância de o</p> | - | Revisão da literature/ 5b | <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>Monitorizar parâmetros analíticos;</p> <p>Vigiar resposta hemodinâmica ao desmame do balão.</p> |

| | | | | |
|--|---|---|--------------------------|--|
| | enfermeiro conhecer os efeitos fisiológicos do balão intra-aórtico, a gestão a técnica, de complicações e de desmame da técnica. | | | |
| (Piper & Bowden, 2012) / CINAHL Complete/ British Journal of Cardiac Nursing | 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; Identifica as avaliações de enfermagem à pessoa com suporte de Balão intra- | - | Estudo de caso/ 4d | Monitorizar parâmetros analíticos; Vigiar sinais de hemorragia; Monitorizar o estado hemodinâmico; Disponibilizar suporte emocional, psicológico e educacional à pessoa e sua família; Monitorizar complicações (tromboembolismo, dissecção da artéria aorta, rutura do balão, migração do cateter-balão, complicações arteriais, trombocitopenia, infecção/sépsis, síndrome compartimental); Monitorizar o estado de consciência; |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>aórtico bem como a gestão de complicações associadas à técnica</p> | | <p>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; Otimizar hidratação e estado nutricional da pessoa; Elevar a cabeceira no máximo a 45°.</p> |
|--|---|--|---|

| | | | | |
|--|--|----------|----------------------------------|---|
| <p>(Joseph & Bates, 1990) / CINAHL Complete/ American Journal of Nursing</p> | <p>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)</p> | <p>-</p> | <p>Revisão da literature/ 5b</p> | <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; Assegurar cuidados de assepsia na manutenção do cateter-balão.</p> <p>Dissecção da artéria aorta 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 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 infecção;</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 (infecção 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> |
| (Casado <i>et al.</i> , 2002) / MEDLINE Complete Enfermaria Intensiva | Descrever o funcionamento do balão intra-aórtico bem como as indicações e contra-indicações para a | - | Revisão da literature/ 5b | <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>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>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;</p> <p>Monitorizar parâmetros analíticos;</p> <p>Vigiar o membro;</p> <p>Monitorizar o estado de consciência;</p> |
|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Vigiar respiração;</p> <p>Avaliar a necessidade de fisioterapia respiratória.</p> <p>Remoção</p> <p>Monitorizar a estabilidade hemodinâmica na diminuição da assistência;</p> <p>Suspender anticoagulação;</p> <p>Colocar o balão intra-aórtico em <i>standby</i>;</p> <p>Desconectar o cateter-balão da consola;</p> <p>Remover cateter-balão;</p> <p>Realizar compressão manual durante 20 a 40 minutos;</p> <p>Realizar penso compressivo;</p> <p>Colocar saco compressivo (2 a 4kg) durante 2 horas;</p> <p>Permanecer em decúbito dorsal por 24 horas com o membro em extensão.</p> <p>Complicações</p> <p>Monitorizar complicações (perfuração arterial; aneurisma; hemorragia; dissecação da artéria aorta; isquémia do membro; isquémia da artéria mesentérica; rutura do cateter-balão; tromboembolismo; infecção</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|---|---|---|---------------------------|---|
| | | | | local e sistêmica; trombotocitopenia; hemólise). |
| (Shinn & Joseph, 1994) / PubMed / Journal of Cardiovascular Nursing | Descrever os conceitos e mecanismos de contrapulsão bem como as indicações e contra-indicações; Identificar as intervenções de enfermagem que minimizam complicações e <i>troubleshooting</i> | - | Revisão da literature/ 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 Ajustar o <i>trigger</i> durante a paragem cardiorrespiratória. Remoção do cateter-balão |

| | | | | |
|---|--|---|---------------------------|---|
| | | | | <p>Realizar compressão manual durante, pelo menos, 30 minutos;</p> <p>Vigiar sinais de hemorragia e/ou hematoma;</p> <p>Vigiar sinais de infecção;</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 & Grady, 2000) / PubMed / Progress in Cardiovascular Nursing | <p>Descrever a inserção do cateter-balão pela artéria ilíaca comum, a gestão pré e pós-operatória e de complicações.</p> | - | Revisão da literature/ 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> <p>Monitorizar o traçado cardíaco;</p> <p>Monitorizar <i>trigger</i>;</p> <p>Administrar anticoagulação, quando prescrita;</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Monitorizar o estado de consciência;</p> <p>Monitorizar o débito urinário e o balanço hídrico;</p> <p>Vigiar pele;</p> <p>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 Vigiar a tubuladura do cateter-balão a cada 2 horas; Vigiar o local de inserção do cateter-balão; Monitorizar os alarmes de perda de gás; 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 / Nursing in Critical Care | Reflexão sobre as intervenções de Enfermagem na prevenção e gestão de complicações associados à técnica, nomeadamen | - | Artigo de opinião com fundamentação teórica/ 5c | <p>Monitorizar parâmetros hemodinâmicos;</p> <p>Monitorizar o débito urinário;</p> <p>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;</p> |

| | | | | |
|--|--------------------------|--|--|--|
| | te a isquémia do membro. | | | Monitorizar índice braço-tornozelo; Vigiar sinais de hemorragia; Elevar a cabeceira a 30°; Disponibilizar suporte psicológico à pessoa e pessoas de referência. |
|--|--------------------------|--|--|--|

Quadro 1. Instrumento de extração de dados.

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 infeção/sépsis, hemorragia e/ou hematoma, perfuração arterial, isquémia do membro, isquémia da artéria mesentérica, síndrome compartimental, hemólise, trombocitopénia, 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) defende 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 infeção 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 infeção/sépsis, hemorragia e/ou hematoma, perfuração arterial, isquémia do membro, isquémia 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 infeção/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 infeção (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 *et al.*, 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 dissecação 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 deficits 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 consequente 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. <https://doi.org/10.12968/bjca.2006.1.12.22456>
- 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. <https://doi.org/10.2307/3463897>
- 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. <https://doi.org/10.12968/bjca.2021.0055>
- 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. <https://doi.org/10.4037/ccn2005.25.5.40>
- Shinn, A. E., & Joseph, D. (1994). Concepts of intraaortic balloon 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 II - 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, Martín, López & 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.

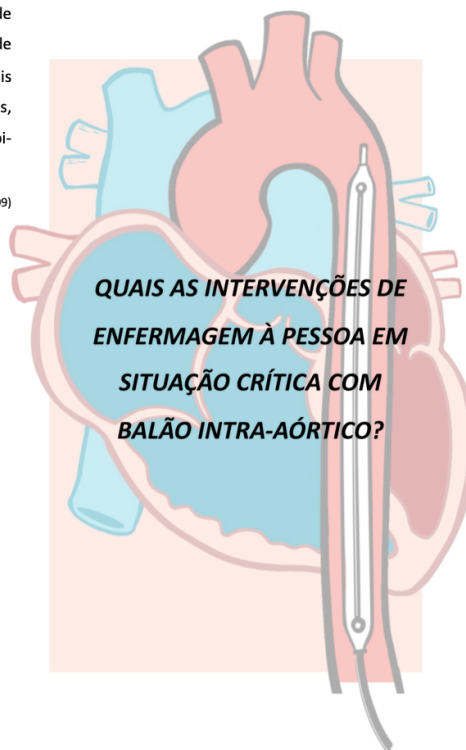
Resultados

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 cabeceira 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 III - Poster – Intervenções de Enfermagem na Prevenção e
Gestão de Complicações relacionadas com o Balão Intra-Aórtico. *A Scoping
Review***



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

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

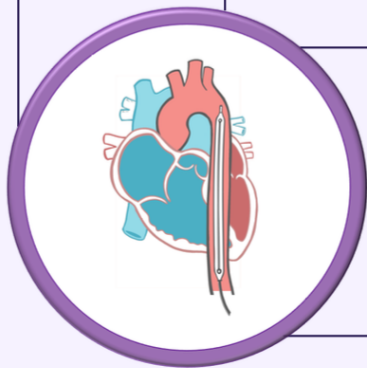
Elevar

a cabeceira a 30º²⁻⁶

Conclusão

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

Referências bibliográficas disponíveis em:



APÊNDICE IV – Apresentação sobre o Balão Intra-Aórtico

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
SERGIPE/ALAGOAS

BALÃO INTRA-AÓRTICO (BIA)

Docente: Professora Doutora Rita Marques
Discentes: Sorala 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 oxigénio 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 aguda após cirurgia cardíaca Complicações de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) Angina recente pós-EAM Angina instável refratária à terapêutica Miocardíopatia 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 Recusa do doente ou Ordem de Não Reanimação |
|--|--|

CONTRAINDICAÇÕES

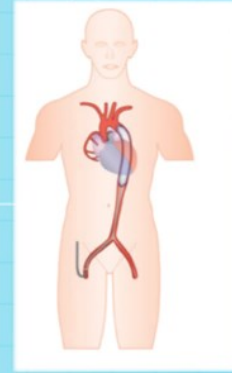


4

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 (≥162cm) | 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 | 228mm | 221mm | 258mm | 258mm |

Imagem retirada de: https://www.garrett.com/files/assets/products-a-i/mega-7.5fr-4fr-catheter/ia_mega_brochure_2010-06-8_eng.pdf



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

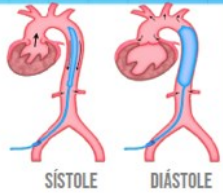
- ✓ Monitor
- ✓ Unidade controladora
- ✓ Computador interno
- ✓ Bala de gás
- ✓ Touchpad
- ✓ Baterias
- ✓ Secção pneumática



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).



SÍSTOLE DIÁSTOLE

(Reid & Cottrell, 2005)

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

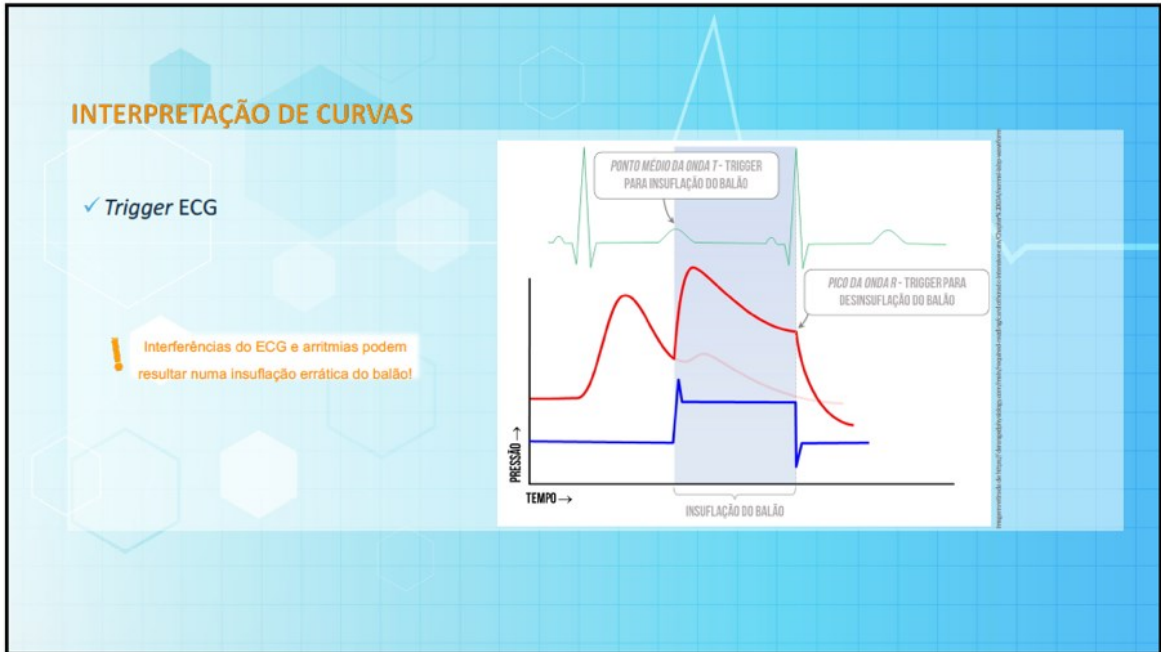
INTERPRETAÇÃO DE CURVAS

A inflação e a deflação fazem contrapulsação a cada batimento.

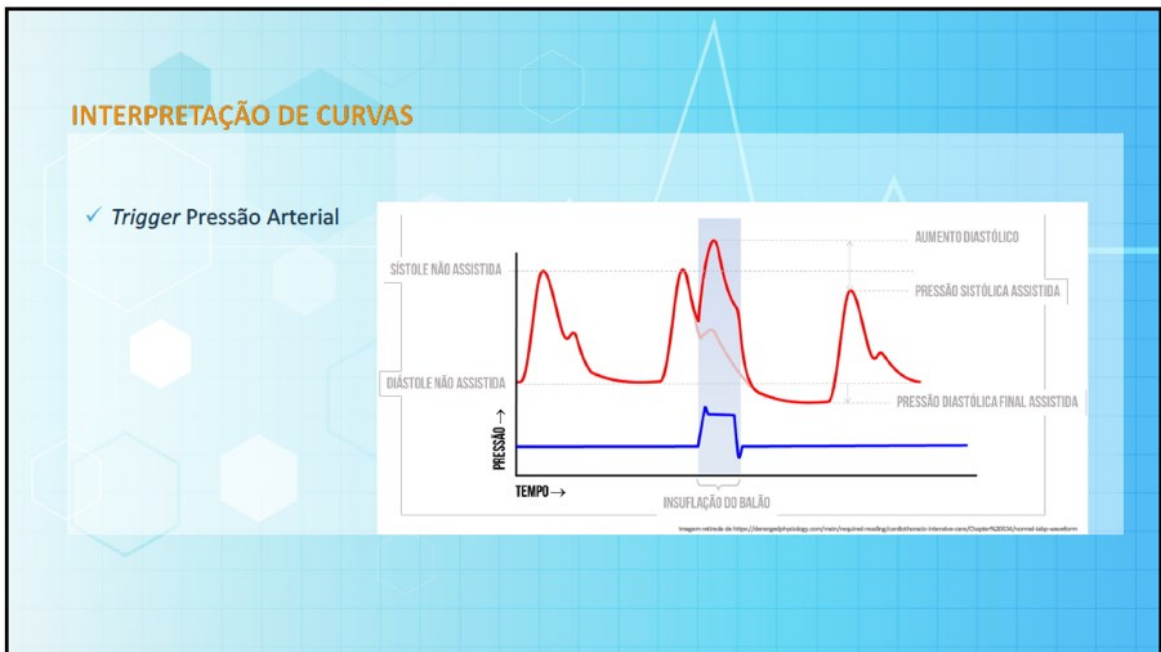
Existem diferentes Triggers...

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

10



11

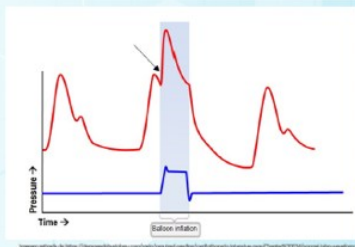


12

INTERPRETAÇÃO DE CURVAS

INFLAÇÃO PRECOZE

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.**

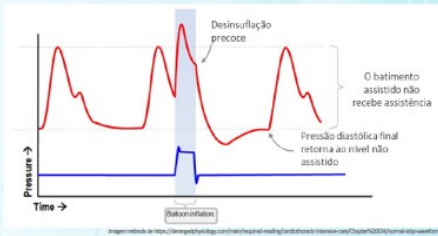
(Shinn & Joseph, 1994; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Webb, Weyker, & Flynn, 2015)

14

INTERPRETAÇÃO DE CURVAS

DEFLAÇÃO PRECOZE

O BIA desinsufla 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.**

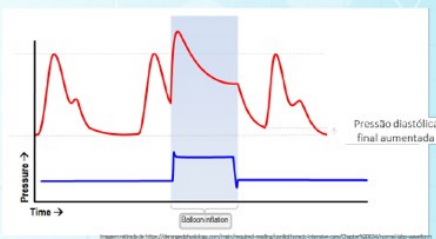
(Shinn & Joseph, 1994; Lewis, Ward & Courtney, 2009; Webb, Weyker, & Flynn, 2015)

15

INTERPRETAÇÃO DE CURVAS

DEFLAÇÃO TARDIA

O BIA desinsufla 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

GESTÃO DO BALÃO INTRA-AÓRTICO

MODOS DE OPERAÇÃO DO BIA

| AUTOMÁTICO | SEMI-AUTOMÁTICO | MANUAL |
|---|--|---|
| <p><i>Consola seleciona:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Trigger;</i> ✓ <i>Tempos de inflação/deflação.</i> | <p><i>Operador define:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Trigger;</i> ✓ <i>Tempos de inflação/deflação.</i> <p>Dispositivo altera tempos consoante FC e mudanças de ritmo cardíaco</p> | <p><i>Operador define:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Trigger;</i> ✓ <i>Tempos de inflação/deflação.</i> <p>O tempo deve ser ajustado com base na frequência cardíaca e ritmo subjacentes.</p> |

[Webb, Weyker, & Flynn, 2015]

17

GESTÃO DO BALÃO INTRA-AÓRTICO

ALARMES MAIS COMUNS

| SEM TRIGGER | BIA DESCONECTADO | PERDA RÁPIDA DO GÁS |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incapacidade de captar o modo de <i>trigger</i>; <input type="checkbox"/> Mudar para modo alternativo (ECG ou curva de pressão arterial); <input type="checkbox"/> Reconectar elétrodos do ECG ou cabo de pressão. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tubo do BIA pode estar desconectado; <input type="checkbox"/> Preencher novamente o balão com o gás; <input type="checkbox"/> Reiniciar o BIA. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verificar tubos; <input type="checkbox"/> Equacionar fuga no BIA; <input type="checkbox"/> Verificar a existência de sangue dentro do balão sugestivo de rutura; <input type="checkbox"/> Remover balão caso de confirme rutura do mesmo. |

[Webb, Weyker, & Flynn, 2015]

18

GESTÃO DO BALÃO INTRA-AÓRTICO

ALARMES MAIS COMUNS

| | | |
|---|--|--|
| <p>BAIXO HÉLIO</p> <div style="background-color: #0056b3; height: 20px; width: 100%;"></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: 20px; width: 100%;"></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: 20px; width: 100%;"></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, Balcones, 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

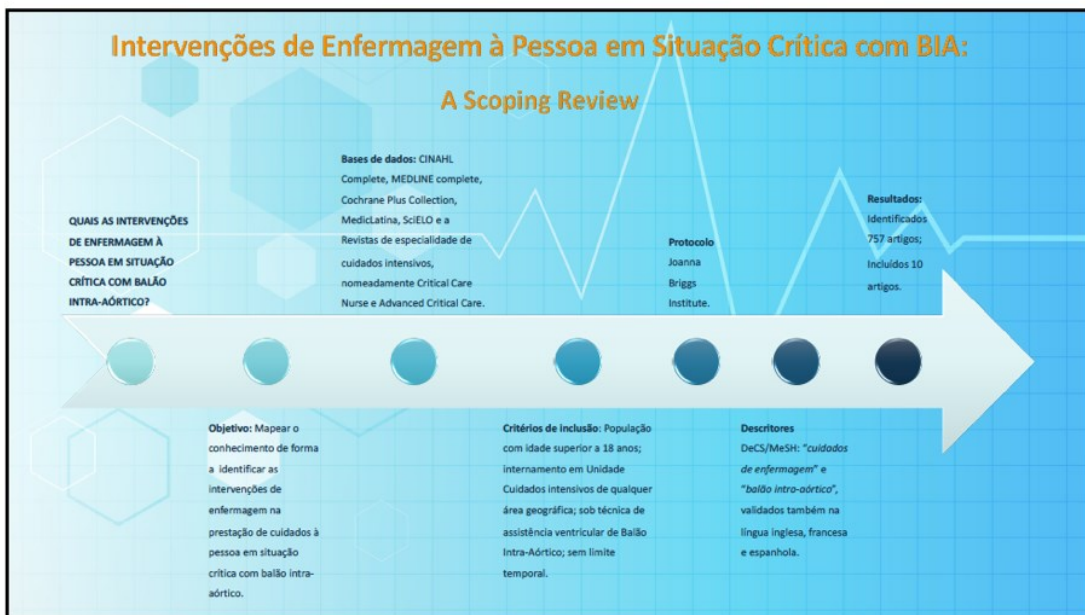
| RELACIONADO COM O BIA | |
|---------------------------------|--|
| Rutura do Balão | <ul style="list-style-type: none">✓ Embolia Gasosa✓ Hemólise✓ Trombocitopénia |
| Aprisionamento do cateter-balão | <ul style="list-style-type: none">✓ Dissecção✓ Aneurisma / pseudoaneurisma✓ Laceração✓ Hemorragia✓ 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]

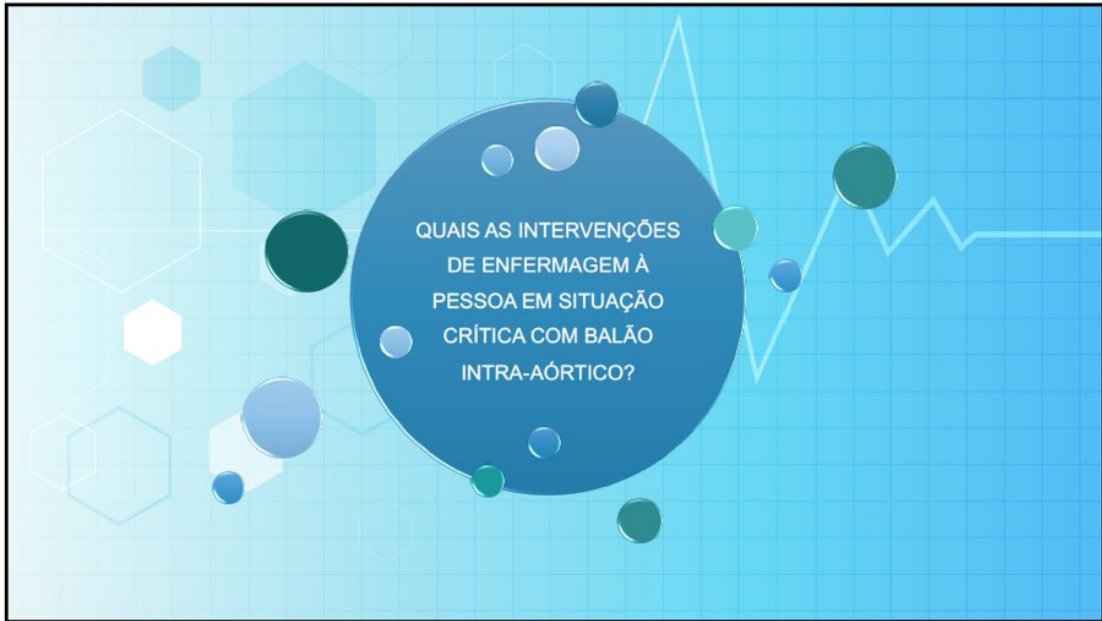
24



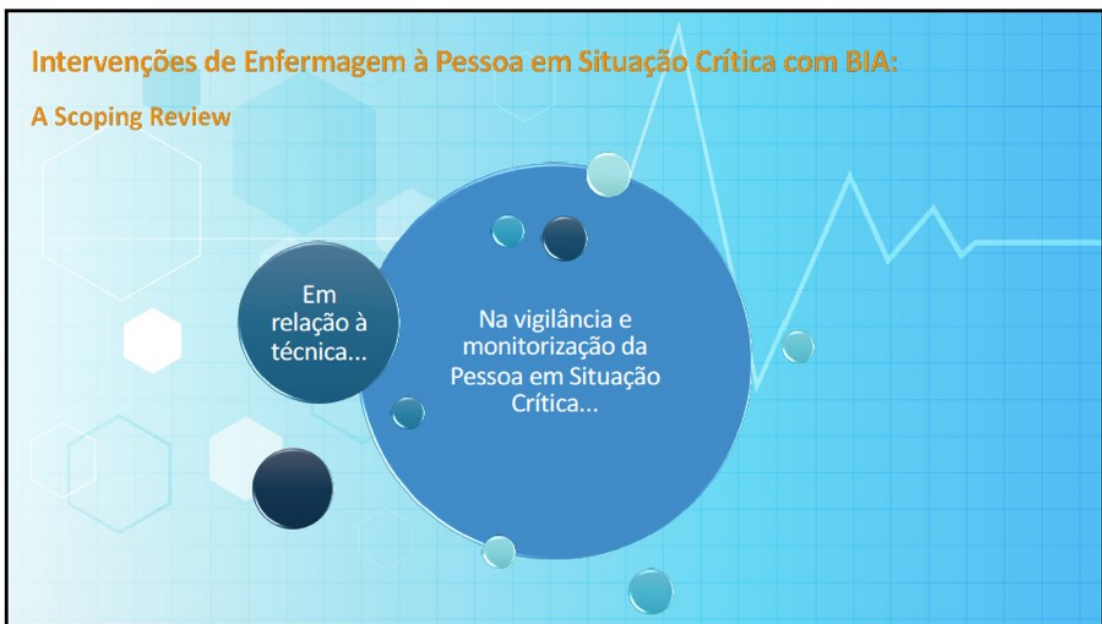
25



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 hidroaéreos (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.

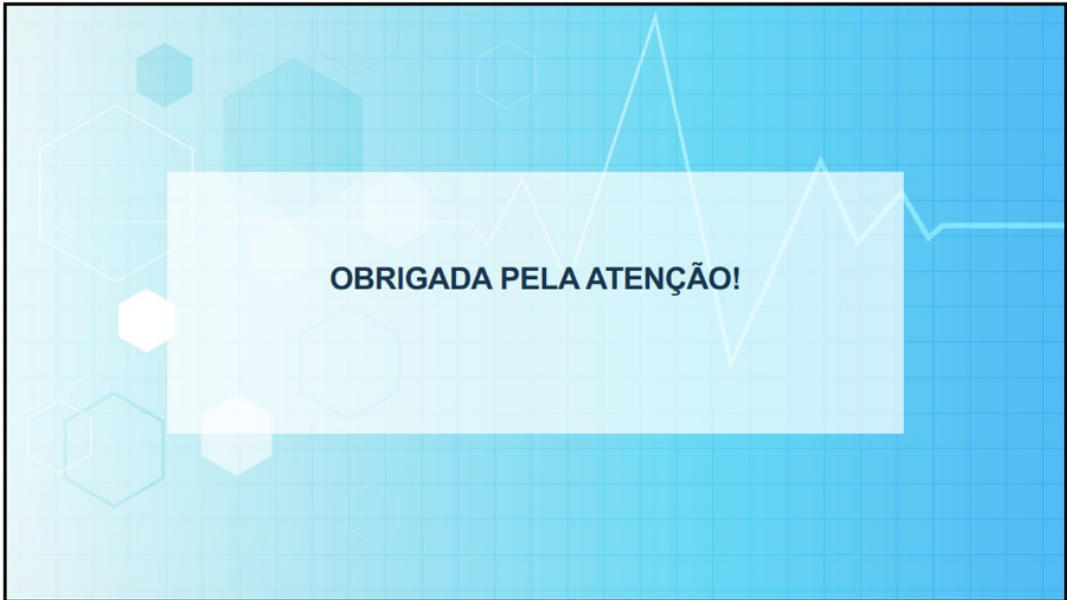
Há evidência da importância da intervenção especializada na qualidade dos cuidados em saúde e na redução da morbi-mortalidade.

31

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Casado Dones, 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. *ACCN 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 V - Poster – A Escuta no Cuidado de Enfermagem: Uma
Revisão Integrativa da Literatura**



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

PO 592

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.

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.

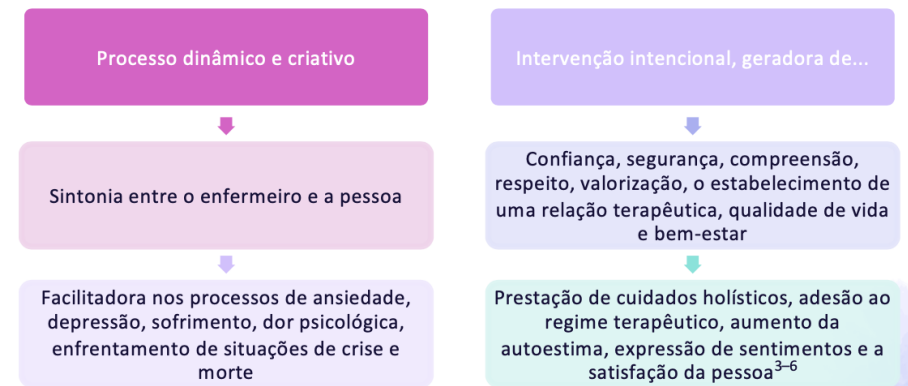
Resultados

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:



APÊNDICE VI - Instrumento de extração de dados

Quadro: Instrumento de extração de dados.

| Base de dados Autor/Ano | Objetivos | População/ Amostra | Tipo de estudo | Conclusões |
|--|---|-------------------------------|------------------------|--|
| MedicLatina Rodríguez et al. (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. |
| PubMed | Perceber como a escuta pode ser | | Artigo de opinião com | A escuta é um poderoso agente terapêutico e |

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

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <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 sentimentos. A consciência das</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | | | | <p>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 & 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 terapêutica nas pessoas.</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; Opõem-se como barreiras para a realização da escuta terapêutica a escassez de tempo, as rotinas, a falta de oportunidades assim como</p> |

| | | | | |
|----------------------------|---|--|--|--|
| | | | | 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 planejamento de cuidados, de acordo com as necessidades das pessoas. |
| PubMed | O conceito de escuta deveria ser integrado | | Análise de conceito. | É importante desocultar a escuta enquanto |

| | | | |
|--------------------------|---|--|--|
| <p>Shiple (2010)</p> | <p>enquanto componente fundamental do cuidado de enfermagem no desenvolviment o de teorias de enfermagem.</p> | | <p>intervenção de enfermagem; O uso terapêutico da escuta é essencial para a prestação de cuidados de qualidade; 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>. É necessária investigação para desenvolver, testar e implementar ferramentas que avaliem a escuta enquanto intervenção de enfermagem; É necessário o desenvolvimento de modelos teóricos de enfermagem que</p> |
|--------------------------|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>definem 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> |
|--|--|--|--|---|

APÊNDICE VII - Atributos, antecedentes, consequentes, termos substitutos
e conceitos relacionados com o Conceito de Escuta no Cuidado de
Enfermagem

Quadro: Atributos, antecedentes, consequentes, termos substitutos e conceitos relacionados com o Conceito de Escuta nos Cuidados de Enfermagem.

| Autor / Ano | Atributos | Antecedentes | Consequentes | Termos substitutos | Conceitos relacionados |
|-------------------------|---|---------------------------------|---|---------------------------|-------------------------------------|
| Rodríguez et al. (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 & 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; | | Confiança; Relação; Reflexão. |

| | | | | | |
|------------------------|--|---|---|--|---|
| | | | Aliviar o sofrimento psicológico. | | |
| Ellison & 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. |
| Shipley (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 | Comportamento deliberado e ativo; Prestar atenção ao outro; Busca do significado e compreensão; | Reflexão; Resumo; Feedback. |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | a pessoa que promove o potencial de cura. | Atividade criativa essencial para estabelecer relacionamentos. | |
|--|--|--|---|--|--|

**APÊNDICE VIII - Tabela de Apoio à Utilização de Fármacos de
Emergência em Pediatria**

TABELA DE APOIO À UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS DE EMERGÊNCIA EM PEDIATRIA

UNIDADES
 1 g (grama) = 1000 mg
 1 ml (mililitro) = 1000 µg
 1 mg (miligrama) = 1000 µg
 1 µg (micrograma) = 0,001 mg
 100 U (unidades) = 1 ml

| Medicamento (denominação comum internacional – DCI) | Vias de administração (mais comuns) | Diluição | Dose de Referência/ Observações |
|--|---|---|---|
| Adenosina 3mg/ml (6mg/2ml) | IV – Bólus (direto e rápido) | Sem diluição | Bólus inicial 0,1 mg/kg (dose máxima 6mg) seguido de bólus de NaCl 0,9% Repetir SOS com aumento da dose de 0,1mg/kg (dose total máxima 12mg) |
| Adrenalina 1mg/ml (1ml) | PCR IV – Bólus IO | Diluir 1mg (1ml) até 10ml NaCl 0,9%/Glucose 5% (0,1mg/ml) | 0,01mg/kg /dose (0,1ml/kg) Ritmos não desfibrilháveis - administrar o mais rapidamente assim que possível via Ritmos desfibrilháveis - administrar após 3º e 5º choques (uma vez administrada, repetir 3-5 minutos) |
| | ANAFILAXIA IM (face anterolateral da coxa) | Sem diluição | 0,01mg/kg/dose [máximo 0,5mg (adultos) e 0,3mg (criança com <12 anos ou <40kg)] <6 anos – 0, 15mg (0,15ml = 15U) 6 a 12 anos – 0,3mg (0,3ml = 30U) >12 anos – 0,5mg (=0,5ml) |
| Amiodarona 50mg/ml (150mg/3ml) | IV – Bólus/ Perfusão | Diluir 50mg (1ml) até 10ml Glucose 5% (5mg/ml) | 5mg/kg/dose (1ml/kg) Repetir SOS até dose máxima de 15mg/kg |
| Atropina 0,5mg/ml (1ml) | IV – Bólus IO | Sem diluição | 0,02mg/kg/dose (dose máxima de 0,5 mg/ml) |
| Bicarbonato de Sódio 8,4% (84mg/ml) | IV - Perfusão | NaCl 0,9%; H ₂ O destilada; Glucose 5% Diluir na concentração máxima de 1:1 | 1 -2 ml/kg/dose |
| Clemastina 1mg/ml (2mg/2ml) | IV | NaCl 0,9%; Glucose 5% Diluir na concentração máxima de 1:5 | 0,025mg/kg/dose (máximo 2mg) |
| | IM | Não Aplicável | |
| Diazepam 5mg/ml (10mg/2ml) | IV – Bólus | Diluir 10mg (2ml) até 10ml NaCl 0,9%/ Glucose 5% (1mg/ml) | 0,1 mg – 0,3mg/kg/dose (<5 anos: máximo 5mg/dose; >5 anos: máximo 10mg/dose) Pode ser repetido 10 – 15 minutos, se persistência de convulsões |
| Diazepam (10mg/2,5ml; 5mg/2,5ml) enema | Rectal | Não Aplicável | 0,5 mg/kg/dose (<1 ano: máximo 2,5mg/dose; 1-3 anos: 5mg/dose; > 4anos 5-10mg/dose) |
| Dopamina 40mg/ml (200mg/5ml) | IV – Perfusão | Regra prática: (3 x peso kg) mg de Dopamina diluídos em 50ml de NaCl 0,9%/ Glucose 5% | 1-5 mcg/kg/minuto – efeito renal; 5-20 mcg/kg/minuto - efeito inotrópico; 15-20 mcg/kg/minuto – efeito inotrópico + vasoconstritor |
| Fenitoína 50mg/ml (250mg/5ml) | IV – Perfusão | Diluir na concentração 1-10mg/ml de NaCl 0,9% | 20 mg/Kg/dose Velocidade máxima de administração é de 1mg/kg/minuto |
| Furosemida 10mg/ml (20mg/2ml) | IV – Bólus | Sem diluição | 0,5 – 1 mg/kg/dose |
| | IV – Perfusão | NaCl 0,9%/ Lactato de Ringer | 0,1 – 1mg/kg/hora |

TABELA DE APOIO À UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS DE EMERGÊNCIA EM PEDIATRIA (continuação)

| Medicamento (denominação comum internacional – DCI) | Vias de administração (mais comuns) | Diluição | Dose de Referência/ Observações |
|--|--|---|---|
| Hidrocortisona 100mg/2ml | IV | NaCl 0,9%/ Glucose 5% Concentração usual de 1mg/ml | 1-10mg/kg/dose |
| Lidocaína 1% 10mg/ml | IV – Bólus SC | Sem diluição | 0,5 - 1,5mg/kg/dose Repetir 1mg/kg/dose cada 5 minutos até máximo 5mg/kg |
| Midazolam 5mg/ml (15mg/3ml) | IV – Bólus | Sem diluição ou Diluir 5mg (1ml) até 5ml NaCl 0,9%/ Glucose 5% (1 mg/ml) | 0,1 – 0,3mg/kg/dose |
| | IV – Perfusão | NaCl 0,9%/ Glucose 5% | 1 – 20 mcg/kg/minuto |
| | Intranasal | Sem diluição ou diluir 5mg (1ml) até 5ml NaCl 0,9%/ Glucose 5% (1 mg/ml) | 0,3 mg/kg/dose |
| Propofol 1% 10mg/ml | IV – Bólus/ Perfusão | Sem diluição ou diluir em NaCl 0,9%/ Glucose 5% A diluição não deve exceder 1:4 (Propofol 1%: solvente) concentração mínima 2mg/ml | Indução Anestésica: 1,5 – 3,5mg/kg/dose Sedação dose inicial: 0,5 – 1mg/kg, seguida de perfusão 2-3mg/kg/hora (máximo 5mg/kg/hora) |
| ANTÍDOTOS | | | |
| Flumazenilo 0,1mg/ml | IV – Bólus | Sem diluição | 0,01 – 0,02mg/kg/dose (máximo 0,2mg) |
| Naloxona 0,4 mg/ml | IV – Bólus | Sem diluição | 0,01 – 0,1 mg/kg/dose (máximo 2mg) Repetir SOS cada 2-3 minutos |

Legenda:
IV – Via Intravenosa
IO – Via Intraóssea
IM – Via Intramuscular

Bibliografia:

- Anjos, R.; Bandeira, T.; Marques, J. G. (2004). *Formulário de Pediatria* (3ª Edição). Lisboa.
- Resumos das Características dos Medicamentos. Disponíveis em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/index.xhtml>.
- Taketomo, C. K.; Hodding, J. H.; Kraus, D. M. (2016). *Pediatric & neonatal dosage handbook: a universal resource for clinicians treating pediatric and neonatal patients* (23ª Edição). Hudson, Ohio: Lexicomp.
- Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., de Lucas, N., Martinez-Mejias, A., Biarent, D., Bingham, R., Brissaud, O., Hoffmann, F., Johannesdottir, G. B., Lauritsen, T., & Maconochie, I. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation*, 161, 327–387. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>

**APÊNDICE IX - Proposta de Reformulação da Folha de Registo de
Enfermagem de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP)**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica

Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório (3º Semestre)

**Proposta de Reformulação da Folha de Registo de Enfermagem
de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP)**

Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Recém-
Nascido/Criança/Jovem) e sua família no Transporte Inter-Hospitalar
Pediátrico

Por

N.º 192020019 Isabel Guerreiro Pica

Lisboa, dezembro 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica

Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório (3º Semestre)

**Proposta de Reformulação da Folha de Registo de Enfermagem
de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP)**

Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Recém-
Nascido/Criança/Jovem) e sua família no Transporte Inter-Hospitalar
Pediátrico

Por

N.º 192020019 Isabel Guerreiro Pica (Turma 14)

Docente Orientador: Professora Doutora Rita Marques

Orientador Clínico:

Lisboa, dezembro 2021

“Porque não é possível cuidar sem comunicar (...)”

(Coelho, 2013, p. 44)

LISTA DE ABREVIATURAS



DGS - Direção Geral da Saúde

ICS - Instituto Ciências da Saúde



TEPH - Técnico de Emergência Pré-hospitalar

TIP - Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UTPB - Unidad de Transporte Pediátrico Balear

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 1. PROPOSTA DE REFORMULAÇÃO DA FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO (TIP) | 7 |
| 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 10 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 11 |
| APÊNDICE | |

Apêndice I: Lista de Abreviaturas da Proposta de Reformulação da Folha de Registo de Enfermagem de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP)

Apêndice II: Proposta de Reformulação: Folha de Registo de Enfermagem de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP)

ANEXO

Anexo I: Mnemónica ISBAR

INTRODUÇÃO

No enquadramento da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa (2021), solicita-se a realização de um Projeto de Estágio para o percurso de estágio de forma a estabelecer objetivos específicos e definir atividades, e conseqüentemente, desenvolvimento de competências na área de especialização/mestrado. No âmbito deste projeto, no contexto de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP) do [REDACTED], estabeleço como um dos meus objetivos específicos: **Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica (especificamente Recém-Nascido/Criança/Jovem) e Família/Cuidador, no TIP.** Deste modo, identifiquei a necessidade de reformulação da folha de registos de enfermagem do transporte e sugiro ainda que a cópia dessa folha de registos seja entregue no hospital recetor, de modo a favorecer a continuidade de cuidados. Pois como refere Pavão (2021, p. 103) “A entrega do doente deve incluir um relato verbal e escrito da história do doente, sinais vitais, tratamento instituído, medicação administrada e registo de intercorrências (...).”.

Realço, que a equipa do TIP é constituído por um Médico, um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH) e tem como missão

“a deslocação rápida de uma equipa de transporte de doente crítico urgente em idade pediátrica, a estabilização clínica dos recém-nascidos e/ou crianças gravemente doentes e o transporte acompanhado para a unidade de saúde disponível adequada ao estado clínico, dispondo de equipamento diverso de avaliação, reanimação e estabilização clínica indispensável (...)” (Despacho n.º 1393/2013, p. 3178).

Deste modo, o transporte inter-hospitalar neonatal e pediátrico especializado é um recurso útil e essencial a estes doentes, permitindo a utilização de recursos materiais e humanos, com benefícios destas equipas especializadas demonstrados na literatura (Millán et al, 2021). A transferência no transporte é uma das fases mais importantes, dada a gravidade situacional, existindo um alto risco de morbilidade e mortalidade, requerendo que seja realizada por uma equipa especializada, de forma planeada e coordenada (Alejandre & Gómez, 2020). Consta de duas fases: transferência/transmissão de informação da situação

clínica e transferência física da pessoa (Alejandre & Gómez, 2020). Nesta medida da transmissão de informação irei apresentar uma proposta de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados do TIP, como anteriormente mencionado.

O documento encontra-se redigido segundo as regras de elaboração de trabalhos escritos – Norma APA (7ª edição).

1. PROPOSTA DE REFORMULAÇÃO DA FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO E NEONATAL (TIP SUL/LISBOA)

O TIP é complexo e que é constituído por cinco fases (Brandstrup, García, Abecasis, Daussac & Millán, 2016):

- 1ª fase: ativação e preparação do transporte;
- 2ª fase: estabilização *in situ* e transferência até ao veículo de transporte;
- 3ª fase: transporte no veículo (aéreo ou terrestre);
- 4ª fase: entrega do doente e transferência no hospital recetor;
- 5ª fase: retorno da operacionalidade da equipa de transporte.

A transferência é uma das fases mais importantes do transporte neonatal e pediátrico, tanto inter-hospitalar como intra-hospitalar, dada a situação de gravidade da pessoa (Alejandre & Gómez, 2020). Define-se como o procedimento de mobilização de um doente de uma estrutura para outra, com elevado risco de incidências e de incremento da morbilidade e mortalidade (Alejandre & Gómez, 2020).

A efetividade de uma transferência requiere três elementos cruciais: uma equipa multidisciplinar especializada (com líder definido), um plano de transferência coordenado e uma adequada comunicação (Alejandre & Gómez, 2020). Consta de duas fases: transferência/transmissão da informação da situação clínica e transferência física da pessoa (Alejandre & Gómez, 2020). Como mencionado anteriormente, a transmissão de informação é o meu alvo de trabalho e objetivo, com a proposta de reformulação da folha de registo de enfermagem.

A transmissão de informação (Alejandre & Gómez, 2020):

- É um processo dinâmico e informativo da situação clínica, mediante o qual se transmite a responsabilidade do cuidado da pessoa a outro profissional de saúde, assegurando a continuidade de cuidados até então realizados;
- Consta de duas fases: uma primeira fase, verbal [realizada pelo(a) médico(a) e pelo(a) enfermeiro (a)], e uma segunda fase escrita, com a entrega de informações, explorações complementárias e intervenções realizadas.

Segundo Abdellatif et al. (2007), citado por Lopes (2020) refere que “O *handover/handoff* consiste no processo de transmissão de informação específica acerca de um doente, de um prestador de cuidados para outro ou dos prestadores de cuidados para o

doente e família (...)” (p.16), mantendo a continuidade de cuidados e a segurança do doente (Lopes, 2020).

VanGraafeiland et al (2018) mencionam que o *handover* e o transporte são momentos de alto risco para erros médicos, eventos evitáveis e falhas de comunicação que são ameaças diretas à segurança dos doentes. Deste modo é de enfatizar a necessidade de padronizar protocolos de comunicação durante o *handover* e o transporte para reduzir erros e melhorar a segurança (VanGraafeiland et al, 2018). O *handover* e o transporte pediátrico envolvem várias variáveis como a idade, o peso e a condição da criança, bem como a família, as quais podem aumentar os riscos de complicações (VanGraafeiland et al, 2018).

Riesenberg, Leitzsch e Little (2019) referem que uma comunicação eficaz é fundamental para uma comunicação segura e eficaz no cuidado à pessoa. Estes autores analisaram artigos, com regras mnemónicas de *handover/handoff*, validadas por entidades peritas na área que ajudam a padronizar a comunicação em saúde. Em Portugal, a Direção Geral da Saúde (2017), recomenda a mnemónica ISBAR (ver anexo I) “(...) auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações.” (p. 4).

No que concerne à transmissão de informação escrita, a folha de registo do TIP, permite registar distintos aspetos e intervenções realizadas durante o transporte (Unidad de Transporte Pediátrico Balear, 2013). É uma ferramenta básica e possibilita desde um primeiro momento, recolher os dados do recém-nascido/criança/jovem e perceber as primeiras intervenções realizadas, bem como determinar as próximas intervenções, tendo em conta a família (UTPB, 2013). Tem como objetivos: monitorizar e transmitir informação do recém-nascido/criança/jovem ao hospital recetor; antecipar e otimizar a atuação de situações graves; constituir como um instrumento estatístico (quantificar o número de transportes, caracterizar o recém-nascido/criança/jovem e a complexidade das intervenções realizadas, monitorizar parâmetros de qualidade, como por exemplo, tempos de resposta e estabilização, procedimentos complexos realizados).

Desta forma, proponho a reformulação da folha de registo do TIP no (ver apêndices I e II), que se encontra dividida por:

- Dados descritivos: equipa, hospitais/serviços implicados e tempos (ativação, resposta, estabilização e duração);
- História Clínica: identificação, filiação, anamnese, antecedentes pessoais, alergias, diagnóstico e motivo de transporte;

- Avaliação ABCDEF (A – Via Aérea; B – Ventilação; C – Circulação; D – Disfunção neurológica; E – Exposição; F – Família);
- Monitorização de parâmetros vitais;
- Notas/Incidências;
- Assinatura do enfermeiro que realizou o registo.

“O primeiro passo da adequada gestão do doente crítico é a sua identificação precoce. É feita a avaliação primária do doente, através da mnemónica ABCDE (...) que permite identificar e solucionar sequencialmente situações que ameaçam a vida.” (Pavão, 2021, p. 99). Após esta avaliação, o enfermeiro, tem a informação necessária para identificar um doente crítico (neste caso específico neonato/criança/jovem) e a necessidade de o transportar, daí ter decidido fazer a avaliação tendo por base ABCDE, contudo, acrescentei o F de família, uma vez que os cuidados centrados na família surgiram como um padrão na atenção pediátrica crítica (Millán, 2021).

Durante o estágio e atualmente, encontro-me a realizar um curso online espanhol na área do Transporte Pediátrico e Neonatal, desenvolvido pelo grupo de Estabilización y Transporte del Niño y Neonato Crítico de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos, que me alertaram para a importância desta temática da transmissão de informação.

Sugiro que para além da proposta de reformulação da folha de registo, a cópia dessa folha de registos seja entregue no hospital recetor, uma vez que o registo de enfermagem não é informatizado, não ocorrendo a sua entrega no hospital recetor e não integrando o processo individual do doente. Essa entrega poderia ser uma fotocópia do registo de enfermagem do transporte ou o envio por e-mail do registo efetuado, digitalizado para o hospital.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A excelência dos cuidados é a meta que qualquer enfermeiro ambiciona alcançar.

Um dos grandes desafios que se coloca atualmente aos enfermeiros, relaciona-se com a forma como são efetuados os registos das suas intervenções. Vivemos num mundo em mudança e sabemos que essa mudança influencia a vida das organizações, o que torna todo o processo complexo, levando à necessidade de uma reflexão sobre estes registos de enfermagem que estão a ser efetuados.

Enfatiza-se que o *handover* e o transporte de crianças criticamente doentes está associado a um alto risco de complicações, e o uso de equipas especializadas e comunicação padronizada está associada a melhores resultados (Foronda, VanGraafeiland, Quon & Davidson, 2016). “Só com equipas devidamente treinadas e com formação específica é que se consegue minimizar riscos e garantir um transporte seguro, resultando em menos eventos adversos e de menor gravidade.” (Pavão, 2021, p.103).

Como futura enfermeira especialista devo preservar os princípios básicos da enfermagem, a minha ética profissional, a motivação e a inspiração, espero, sinceramente, ser catalisadora de mudança e possuir uma visão estratégica de missão, bem como estar atenta às necessidades das equipas/doentes, o que concretizei ao longo deste ensino clínico. Saliento que o TIP é um local privilegiado de formação/aprendizagem dos enfermeiros, dado à diversidade de experiências vivenciadas, à multiplicidade de relações que se estabelecem e aos momentos de reflexão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alejandro, C.; Gómez, J. (2020). *Protocolo de transferencia del paciente en el transporte pediátrico y neonatal – Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Disponível em: <https://secip.com/images/uploads/2020/07/Transferencia-del-paciente-en-el-transporte-pedi%C3%A1trico-y-neonatal.pdf>
- Brandstrup, K.B., García, M., Abecasis F., Daussac E., Millán, N. (2016). Transporte interhospitalario especializado neonatal y pediátrico. Gestión de recursos. Protocolo de activación de una unidad especializada. *Revista Española de Pediatría* (72), 3-8. Disponível em: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatrica/2016/REP%2072-Supl%201.pdf>
- Coelho, M.T.V. (2013). *Um Utente Uma Pessoa Diferente*. Loures: Lusociência.
- Despacho n.º 1393/2013 (2013). Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República*, 2.ª Série (Nº16 de 23-01-2013), 3177-31178. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2013/01/016000000/0317703178.pdf>.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma DGS N.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 1-8. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Foronda, C., VanGraafeiland, B., Quon, R., & Davidson, P. (2016). Handover and transport of critically ill children: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 207–225. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.020>
- Lopes, J. (2020). *O Handover/Handoff da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência* (Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica). Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Millán, N., Sánchez García, L., Ballesteros Diez, Y., Rodríguez Merlo, R., Salas Ballestín, A., Jordán Lucas, R., & de Lucas García, N. (2021). Importancia del transporte pediátrico y neonatal especializado. Situación actual em España: Hacia um futuro más equitativo y universal. *Anales de Pediatría*, xxxx, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.06.01>

- Pavão, S. (2021). Transporte do Doente Crítico. In N. Coimbra (Ed), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (p.98-104). Lisboa: Lidel.
- Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Little, B. W. (2019). Systematic Review of Handoff Mnemonics Literature*. *American Journal of Medical Quality*, 34(5), 446–454. <https://doi.org/10.1177/1062860619873200>
- Unidad de Transporte Pediátrico Balear (2013). *Manual de Estabilización y Transporte de Niños y Neonatos Críticos*. 1-184. Disponível em: https://issuu.com/formacion222/docs/manual_transporte_pediatrico-r/1
- VanGraafeiland, B., Foronda, C., Vanderwagen, S., Allan, L., Bernier, M., Fishe, J., Hunt, E. A., & Jeffers, J. M. (2018). Improving the handover and transport of critically ill pediatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, 1-10.

APÊNDICE I

Lista de Abreviaturas da Folha de Registo de Enfermagem de
Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP)

APÊNDICE I - Lista de Abreviaturas da Folha de Registo de Enfermagem de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

Lista de Abreviaturas da Folha de Registo de Enfermagem de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP)

APGAR – Aparência / Pulso / Gestos / Atividade / Respiração

cm - Centímetros

c / s – Com ou Sem

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

ECG – Electrocardiograma

ETCO₂ – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono no Final da Expiração

FC – Frequência Cardíaca

FiO₂ - Fornecimento de Oxigénio entre os 21% - 100%

FR – Frequência Respiratória

h – Hora

Hb – Hemoglobina

HCO₃ – Bicarbonato de Sódio

I:E – Relação entre o Tempo de Inspiração e Expiração

IG – Idade Gestacional

IO – Intra Óssea

Lac – Lactato

L/m – Litros por minuto

Nº - Número

NO_x – Óxido Nítrico

pCO₂ – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PEEP – Pressão Positiva no Final da Expiração

PN – Peso ao Nascer

pO₂ – Pressão Parcial de Oxigénio

Rx – Radiografia

SC – Superfície Corporal

seg – Segundos

SNG – Sonda Nasogástrica

SOG – Sonda Orgástrica

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

Tº C – Temperatura em Graus Centígrados

TET – Tubo Endotraqueal

VA – Via Área

VC – Volume Corrente

VNI – Ventilação Não Invasiva

VMI – ventilação Mecânica Invasiva

APÊNDICE II

Registo de Enfermagem de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

(TIP)

ANEXO I
Mnemónica ISBAR

ANEXO I – Mnemónica ISBAR

Mnemónica ISBAR: auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações.

Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;

Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretas antecipadas de vontade;

Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;

Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

Norma nº 001/2017 de 08/02/2017

Direção Geral da Saúde. (2017). Norma DGS N.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 1-8. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.

**APÊNDICE X - Folha de Registo de Enfermagem de Transporte Inter-
Hospitalar Pediátrico (TIP) - Proposta de Reformulação**

| Registo de Enfermagem de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP) | | | | | | | |
|---|------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------------------|-----------------|
| Equipa | Enfermeiro: | | | Médico: | | TEPH: | |
| Data _/_/___ | Ativação _h__ | Saída TIP _h__ | Chegada Hospital Emissor _h__ | Estabilização _h__ | Saída TIP _h__ | Chegada Hospital Recetor _h__ | Duração _h__ |
| HOSPITAL EMISSOR: | | | | HOSPITAL RECETOR: | | | |
| Serviço: | | | | Serviço: | | | |

| HISTÓRIA CLÍNICA | | | |
|---|-----------|---------------------------------|----------------|
| Nome e apelidos: | | | |
| Filho de: | | | |
| Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | IG/Idade: | PN/Atual: | SC: Altura: |
| | | APGAR: 1'..... 5'..... 10'..... | |
| Antecedentes pessoais: | | | |
| Alergias: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual(ais)? | | | |
| Diagnóstico: | | | |
| Motivo de Transporte: | | | |

| AVALIAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------|---|---|---|--|--|-----|--|------------|--|---|---|---|---|------|--|--|----|--|------------------|--|--|------------------|--|----|--|--|-----------------|--|------|--|--|-----|--|--|--|-----|--|------------------|--|--|---|---|----|------|--|--|--------------|--|------------------|--|--|----|--|--|----|--|--|------|--|--|-----|--|--|-------------------|--|--|--|
| A | Via aérea (VA) | Permeável: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Ruídos VA <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> | Ingurgitamento jugular <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> | Guedel <input type="checkbox"/> Nº..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Trauma: estabilização cervical <input type="checkbox"/> | Imobilização cervical <input type="checkbox"/> Plano duro <input type="checkbox"/> | Colchão de vácuo <input type="checkbox"/> | Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> | - Óculos Nasais <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | Respiração/Ventilação | Respiração | Eupneica <input type="checkbox"/> Polípnea <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Tiragem <input type="checkbox"/> Gemido <input type="checkbox"/> | O ₂ ar ambiente <input type="checkbox"/> | - Sonda nasal <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Observações: | O(L/m)..... Fluxo (L/m)..... FiO ₂ | | - Máscara c/ reservatório <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Máscara de venturi <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | - Alto <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fluxo <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Máscara laríngea <input type="checkbox"/> Nº..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Entubação <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | TET c/ s cuff <input type="checkbox"/> Nº..... cm..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Cricotireoidostomia <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | - Traqueostomia c/ s cuff <input type="checkbox"/> Nº..... cm..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Outro: Nº..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">VNI</th> <th colspan="2">Gasimetria</th> </tr> <tr> <th>h</th> <th>h</th> <th>h</th> <th>h</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Modo</td> <td></td> <td></td> <td>pH</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FiO₂</td> <td></td> <td></td> <td>pCO₂</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FR</td> <td></td> <td></td> <td>pO₂</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PEEP</td> <td></td> <td></td> <td>Lac</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">VMI</td> <td>HCO₃</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>h</td> <td>h</td> <td>Hb</td> </tr> <tr> <td>Modo</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2" rowspan="6">Observações:</td> </tr> <tr> <td>FiO₂</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VC</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PEEP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>I:E</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETCO₂</td> <td></td> <td></td> <td>Rx: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | VNI | | Gasimetria | | h | h | h | h | Modo | | | pH | | FiO ₂ | | | pCO ₂ | | FR | | | pO ₂ | | PEEP | | | Lac | | | | VMI | | HCO ₃ | | | h | h | Hb | Modo | | | Observações: | | FiO ₂ | | | FR | | | VC | | | PEEP | | | I:E | | | ETCO ₂ | | | Rx: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| | VNI | | Gasimetria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | h | h | h | h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Modo | | | pH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FiO ₂ | | | pCO ₂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | | | pO ₂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PEEP | | | Lac | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | VMI | | HCO ₃ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | h | h | Hb | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Modo | | | Observações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FiO ₂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PEEP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I:E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ETCO ₂ | | | Rx: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXOS

ANEXO I - Certificado de Participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com a apresentação do Poster n.º 20 com o tema “*Intervenções de enfermagem à pessoa em Situação Crítica com Balão Intra-Aórtico: um protocolo de Scoping Review*”,



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Soraia Queiroz, em coautoria com Enfermeiros Isabel Pica e Ricardo Jordão, Prof. Doutora Rita Marques, Prof. Doutora Patrícia Pontífice Sousa, participaram no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, com a apresentação do **Poster n.º 20** com o tema **“Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com balão intra-aórtico: um protocolo de Scoping review”**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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


Universidade Católica Portuguesa

Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Auxiliar

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal





IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE



PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: António Borges

Ana Paula Silva “Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19”

Ricardo Faria “Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Pessoa com Infecção por SARS-CoV.”

Isabel Faia “Critical Care Nursing to Acute Respiratory Distress Syndrome Patients Undergoing Extracorporeal Membrane Oxygenation: a Scoping Review”

10:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Anna Lindberg (RN, CCNS, ECMO Specialist, ECMO Centrum – Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia)
“ECMO: Pandemic experiences through the eyes of an ECMO specialist nurse”

10:45 –INTERVALO

11:00 –MESA DE ABERTURA

11:15 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderador: Amélia Alpoim

Ana Isabel Lopes “Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado”

Ana Paramos “A esperança na intervenção especializada junto do adolescente”

Débora Querido “A promoção da vinculação -um valor em saúde”

12:15 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Monika Wernet (Universidade Federal de São Carlos, Brasil)

“Integração de tecnologias por um cuidado humano e seguro na Enfermagem em Neonatologia”

13:00 – Almoço

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Laurina Gomes

Elsa Calado “Crianças e o Covid-19: Intervenção de enfermagem comunitária”

Sónia Coelho “As pessoas idosas e o suporte social formal em tempo de pandemia”

Maria do Céu Pires “Intervenção de enfermagem comunitária num bairro social em tempos de pandemia”

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Lislaine Aparecida Fracoli (Universidade de São Paulo)

“Desafios para a incorporação de novas tecnologias na Atenção Primária em Saúde: em foco a pesquisa de implementação”

16:15 – Lançamento do Livro “25 anos de regulação na Enfermagem, 96 perfis e trajetórias assinaláveis”

16:45 – ENCERRAMENTO

17:00 – MOMENTO CULTURAL



ANEXO II - Certificado de Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos com a apresentação do Poster n.º 591 como o tema *“Intervenções de Enfermagem na Prevenção e Gestão de Complicações Relacionadas com o Balão Intra-Aórtico: A Scoping Review”*

VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos

XXIV Congresso APNEP

VII Simpósio Internacional de Enfermagem

CERTIFICADO

APRESENTAÇÃO DE POSTER

Certifica-se para os devidos efeitos que o **POSTER: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E GESTÃO DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM O BALÃO INTRA-AÓRTICO: A SCOPING REVIEW** participou com apresentação de Poster no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022.

Autor(es) do trabalho: **Soraia Queiroz; Isabel Pica; Ricardo Jordão; Rita Marques; Patrícia Pontífice Sousa.**

19 e 20 Fev 2022

0338037230201731142449003702861IMEJ



ORGANIZAÇÃO:




Aníbal Marinho


José António Pinho



ANEXO III - Certificado de Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos com a apresentação do Poster n.º 592 com o tema “A Escuta no Cuidado de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura”

VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos

XXIV Congresso APNEP

VII Simpósio Internacional de Enfermagem

CERTIFICADO

APRESENTAÇÃO DE POSTER

Certifica-se para os devidos efeitos que o **POSTER: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E GESTÃO DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM O BALÃO INTRA-AÓRTICO: A SCOPING REVIEW** participou com apresentação de Poster no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022.

Autor(es) do trabalho: **Soraia Queiroz; Isabel Pica; Ricardo Jordão; Rita Marques; Patrícia Pontífice Sousa.**

19 e 20 Fev 2022

0338137/CS02011731142449003702841.NE.3



ORGANIZAÇÃO:




Aníbal Marinho


José António Pinho



**ANEXO IV - Certificado de Realização de Curso de Suporte Avançado de
Vida de Trauma Pediátrico – Módulo E-learning**

Isabel Guerreiro Pica

Ha realizado la acción formativa online

S.V.A.T.P. Soporte Vital Avanzado del Trauma Pediátrico – Módulo E-learning

*Impartido en la plataforma virtual del Hospital Sant Joan de Déu
del 13 de octubre al 10 de noviembre de 2021, con una duración de 20 horas.*



Dra. E. Esteban



Dr. S. Benito

Directores del curso

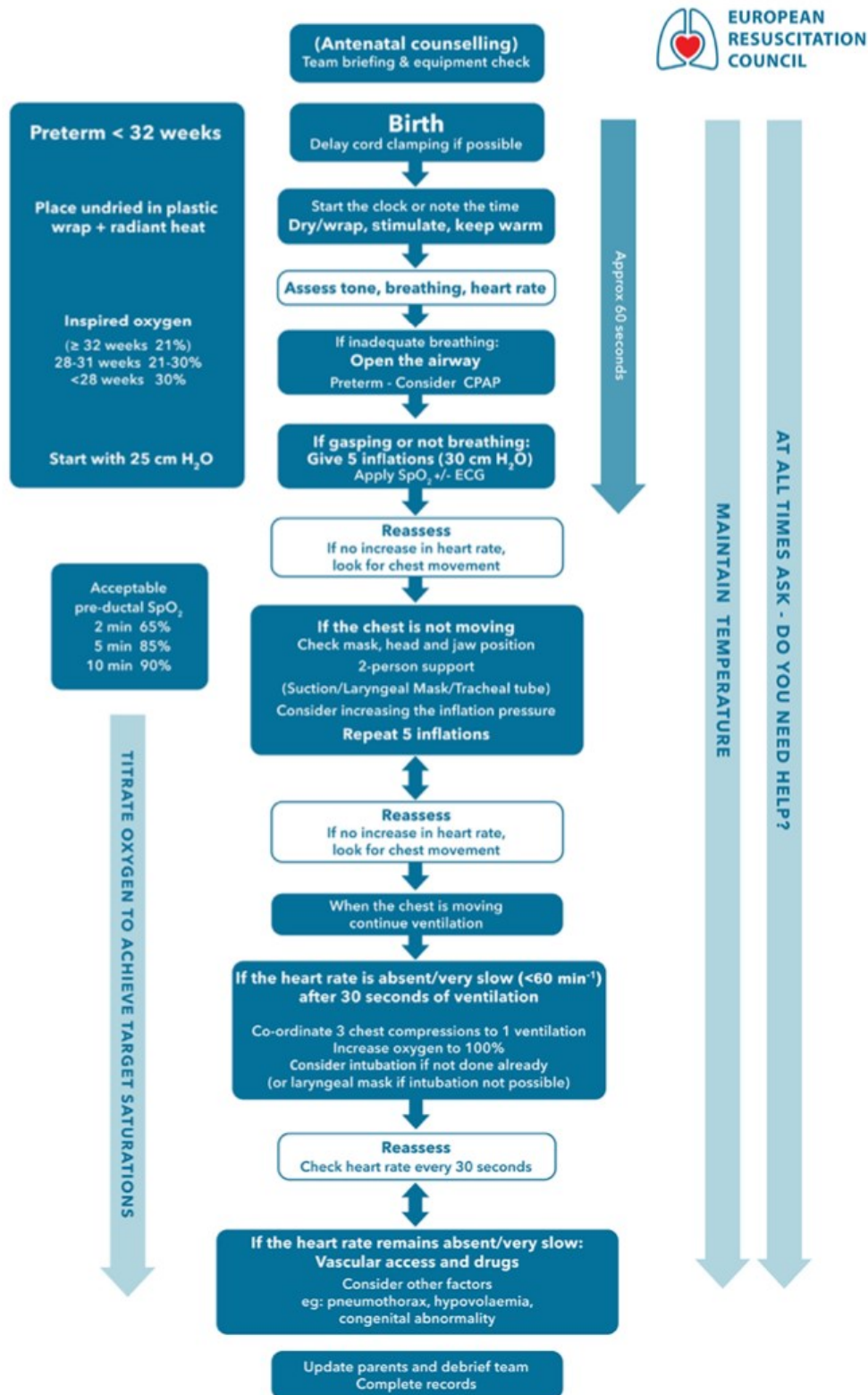


Dr. J. Pérez Payarols

*Director de innovación y
Gestión del Conocimiento*

**ANEXO V - Algoritmos: Suporte de Vida do Recém-Nascido e Suporte
Avançado de Vida Pediátrico**

NEWBORN LIFE SUPPORT

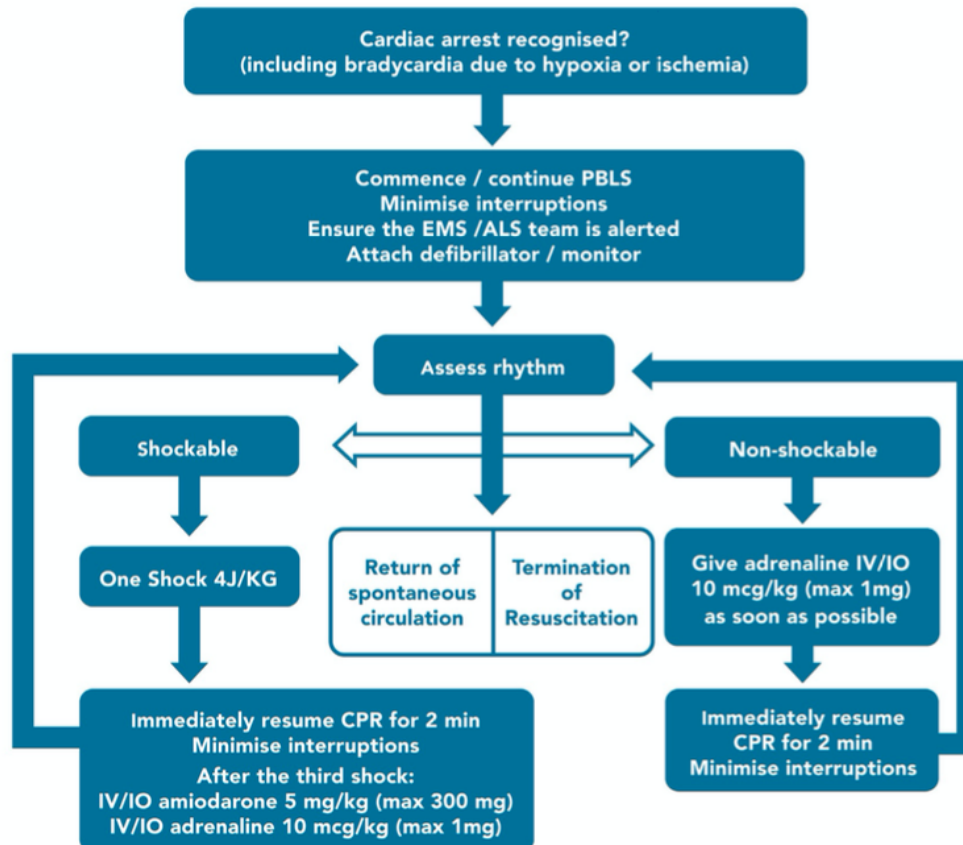


Madar, J., Roehr, C. C., Ainsworth, S., Ersdal, H., Morley, C., Rüdiger, M., Skåre, C., Szczapa, T., te Pas, A., Trevisanuto, D., Urlesberger, B., Wilkinson, D., & Wyllie, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *Resuscitation*, 161, 291–326. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.01>.

PAEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT



SAFE? - SHOUT 'HELP'



DURING CPR

- Ensure high-quality CPR: rate, depth, recoil
- Provide bag-mask ventilation with 100% oxygen (2-person approach)
- Avoid hyperventilation
- Vascular access (intravenous, intraosseous)
- Once started, give adrenaline every 3-5 min
- Flush after each drug
- Repeat amiodarone 5 mg/kg (max 150mg) after the 5th shock
- Consider an advanced airway and capnography (if competent)
- Provide continuous compressions when a tracheal tube is in place. Ventilate at a rate of 25 (infants) – 20 (1-8y) – 15 (8-12y) or 10 (>12y) per minute
- Consider stepwise escalating shock dose (max 8J/kg – max 360J) for refractory VF/pVT (≥6 shocks)

CORRECT REVERSIBLE CAUSES

- Hypoxia
- Hypovolaemia
- Hyper/hypokalaemia, -calcaemia, -magnesium; Hypoglycaemia
- Hypothermia - hyperthermia
- Toxic agents
- Tension pneumothorax
- Tamponade (cardiac)
- Thrombosis (coronary or pulmonary)

ADJUST ALGORITHM IN SPECIFIC SETTINGS (E.G. TRAUMA, E-CPR)

IMMEDIATE POST ROSC

- ABCDE approach
- Controlled oxygenation (SpO₂ 94-98%) & ventilation (normocapnia)
- Avoid hypotension
- Treat precipitating causes

**ANEXO VI - Certificado de Presença nas VI Jornadas Técnicas de Medicina
Intensiva**



**VI JORNADAS TÉCNICAS DE
MEDICINA INTENSIVA**



RESSUSCITAÇÃO

**Técnicas de circulação extracorporal
em Medicina Intensiva**

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

CERTIFICADO

Certificamos que,

ISABEL GUERREIRO PICA

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

**ANEXO VII - Certificado de Realização do Curso de Transporte Pediátrico e
Neonatal**

Didáctic▲Web

CERTIFICADO DE APROVECHAMIENTO
en el curso:
TRANSPORTE PEDIÁTRICO Y NEONATAL
a
Isabel Guerreiro Pica

DNI:

Tras superar las pruebas teóricas del curso: **TRANSPORTE PEDIÁTRICO Y NEONATAL**, celebrado del 15 de noviembre de 2021 al 31 de marzo de 2022 en la plataforma www.elearning.formacionpediatrica.online

Actividad Acreditada por la Comisión Canaria de Formación Continua de las Profesionales Sanitarias con nº de expediente 05-521-2A, con 4,4 créditos para las profesiones: Medicina y Enfermería.

Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.

Enseñanza no reglada y sin carácter oficial



Certificado expedido en Las Palmas de Gran Canaria el 6 de abril de 2022



La autenticidad de este diploma se puede verificar en [https://www.formacionpediatrica.online /index.php/es/certificados](https://www.formacionpediatrica.online/index.php/es/certificados)
ID de validación: 624d716516d32

Contenidos del curso:

TRANSPORTE PEDIÁTRICO Y NEONATAL

1. El transporte pediátrico y neonatal en España
2. Tipos de transporte. Fases del Transporte y Documentación
3. Transporte terrestre
4. Transporte aéreo
 - 4.1 Fisiopatología del Transporte
 - 4.2 Transporte en Helicóptero y Avión.
5. Material y monitorización en la Ambulancia
6. Ventilación Mecánica Pediátrica y Neonatal. Cuidados
7. Ventilación no invasiva pediátrica y neonatal. Cuidados
8. La medicación en el transporte
9. La transferencia
10. Estabilización Pediátrica
 - 10.1 Estabilización Pediátrica. Primera Parte
 - 10.2 Estabilización Pediátrica. Segunda Parte
 - 10.3 Particularidades del paciente traumático
11. Estabilización neonatal
 - 11.1 Estabilización Neonatal. Primera Parte
 - 11.2 Estabilización Neonatal. Segunda Parte
12. Cuidados del Prematuro