

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À  
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SUBMETIDA A  
CATETERISMO CARDÍACO**

*SPECIALIZED NURSING INTERVENTION TO THE PATIENT IN  
CRITICAL CONDITION SUBJECTED TO CARDIAC  
CATHETERIZATION*

**Bruno Alexandre Torrejais Macedo**

**Almada**

**2025**

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA  
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À  
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SUBMETIDA A  
CATETERISMO CARDÍACO**

*SPECIALIZED NURSING INTERVENTION TO THE PATIENT IN  
CRITICAL CONDITION SUBJECTED TO CARDIAC  
CATHETERIZATION*

**Bruno Alexandre Torrejais Macedo**

Trabalho elaborado sob a orientação da Professora Mestre Diana  
Vareta

**Almada**

**2025**

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

“Assegura-te que, pela tua preparação, estás  
apto a realizar a tarefa à qual te entregas”.

Baden-Powell

## AGRADECIMENTOS

Queria agradecer, em primeiro lugar, aos meus pais e irmão pelo suporte dado durante todo este percurso, por me apoiarem e encorajarem e por me disponibilizarem todas as condições para terminar este caminho.

À minha namorada por ser incansável no apoio demonstrado, pois mesmo com a privação e pouca atenção esteve sempre no meu lado fazendo os possíveis e impossíveis para tornar todo este caminho mais fácil.

Aos meus amigos, que apesar da falta de comparência em muitos eventos, tiveram sempre a consciência de que seria por um motivo maior, motivando-me a terminar este percurso.

Às minhas colegas de trabalho que comigo se decidiram juntar nesta aventura, sendo um apoio incondicional durante todo o curso.

Agradecer a todos os enfermeiros orientadores por toda a paciência, partilha de conhecimentos e ajuda durante o tempo de estágio, permitindo-me desenvolver enquanto profissional de enfermagem.

Finalmente, à professora orientadora Mestre Diana Vareta, por ser um pilar importante em todo o percurso, pela disponibilidade demonstrada e compreensão durante todo este percurso formativo.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

## RESUMO

A doença cardiovascular é das principais causas de morte no mundo, sendo o enfarte agudo do miocárdio responsável pela elevada taxa desta problemática. O cateterismo cardíaco surge como o procedimento mais eficiente no restabelecimento do fluxo sanguíneo ao coração. Com a realização de uma *scoping review*, foi possível procurar na evidência científica mais recente a intervenção procedimental realizada sobre a temática, sendo a intervenção de enfermagem especializada preponderante para o planeamento e gestão de cuidados desde o momento de diagnóstico até à alta hospitalar. O envolvimento da pessoa em situação crítica submetida a cateterismo cardíaco e da família e/ou cuidadores é um fator importante para que possam ultrapassar os diversos processos transicionais com sucesso. Assim, o percurso formativo foi norteado conforme a Teoria das Transições de Afaf Meleis, sendo a intervenção de enfermagem direcionada à pessoa em situação crítica e família e/ou cuidadores.

Este relatório foi desenvolvido através da análise das experiências vivenciadas em contexto de estágio e dos trabalhos desenvolvidos ao longo de todo o percurso formativo, utilizando um processo reflexivo e crítico das mesmas, de modo a permitir a aquisição e desenvolvimento de competências essenciais para a prática especializada. Este processo foi fundamental para a obtenção do título Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, pela Ordem dos Enfermeiros, e de grau Mestre de Enfermagem, de acordo com os descritores de Dublin.

Os campos de estágio foram o serviço de Urgência Geral e Polivalente de um Hospital Central, a Unidade de Cuidados Intensivos de um grupo privado, situados na grande Lisboa, a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação, ambos na região de Setúbal.

**Palavras-chave:** Cateterismo Cardíaco, Cuidado Especializado, Intervenções de Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica

## ABSTRACT

Cardiovascular disease is one of the leading causes of death in the World, with an acute myocardial heart attack being the most common. Cardiac catheterization appears to be the most efficient procedure for restoring blood flow to the heart. Through a scoping review, it was possible to explore the most recent scientific evidence regarding procedural interventions on this topic, with specialized intervention playing a key role in planning and managing the care the person needs from diagnosis until medical discharge. The involvement of the patient in critical care, undergoing cardiac catheterization, and the family/caretaker is crucial to navigating these several transitional phases with success. In this way, this formative path was based on Afaf Meleis theory of transitions, with nursing intervention directed not only to the patient but also to the family/caretakers.

This report was developed through the analysis of experiences gathered during my internship and academic work, which allowed me to engage in deep reflection and critical thinking, enabling the acquisition and development of the essential competencies for specialized intervention. This process was fundamental to achieve the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Patient Care in Critical Situations and a master's degree in nursing, according to the Dublin descriptors.

The Internship placements took place in the emergency unit of a central Hospital, the intensive care unit of a private group in the greater Lisbon area, the intensive cardiac care unit, and lastly in the emergency and reanimation medical vehicle, both in the Setúbal region.

**Keywords:** Cardiac Catheterization, Specialized Care, Nursing interventions, patient in critical care



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE- *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BIS- Índice Bispectral

BPS- *Behavioral Pain Scale*

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DeCs- Descritores em Ciências da Saúde

DGS- Direção-Geral da Saúde

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG- Eletrocardiograma

ECMO- *Extra Corporeal Membrane Oxigenation*

EE- Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EPI- Equipamento de Proteção Individual

GIARC- Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico

GUSS- *Gugging Swallowing Screen*

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN- International Council of Nurses

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR- Identificação, Situação, Histórico, Avaliação e Recomendação

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC- Pessoa em Situação Crítica

nº- número

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

RASS- *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV- Suporte Avançado de Vida

SE- Sala de Emergência

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPC- Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SUGP- Serviço de Urgência Geral e Polivalente

UC- Unidade Curricular

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCICOR- Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

ULS- Unidade Local de Saúde

UNIR- Unidade de Internamento Rápido

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
<b>1.1. EAM- Cateterismo Cardíaco</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2. Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Submetida a Cateterismo Cardíaco</b> .....	<b>20</b>
<b>1.3. Teoria das Transições- Afaf Meleis</b> .....	<b>25</b>
<b>2. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>32</b>
<b>2.1. Caracterização do Serviço</b> .....	<b>32</b>
<b>2.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem</b> .....	<b>37</b>
<b>2.3. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área De Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem</b> .....	<b>49</b>
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>59</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>61</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>Apêndice I- Protocolo da Revisão <i>Scoping</i></b>	
<b>Apêndice II- Objetivos dos Estágios no SUGP e UCI</b>	
<b>Apêndice III- Fluxograma Via Verde Coronária: Triagem e o Passaporte Via Verde Coronária</b>	
<b>Apêndice IV- Póster de Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Submetida a Cateterismo Cardíaco: Revisão <i>Scoping</i></b>	
<b>Apêndice V- Póster das Intervenções a Realizar na Abordagem à PSC pós PCR</b>	
<b>Apêndice VI- Póster da Importância da Prática Simulada dos Enfermeiros na Resposta a Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe</b>	

**Apêndice VII- Póster sobre a “Higiene Oral na Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação – Projeto de Intervenção no âmbito da Prevenção e Controlo de Infecção”**

**Apêndice VIII- Jornais de aprendizagem**

**ANEXOS**

**Anexo I- Escala BPS**

**Anexo II- Escala de Rass**

**Anexo III- Escala de BIS**

**Anexo IV- Escala de Guss**

**Anexo V- Certificado de Participação das III Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH  
Conquistas e Desafios na Escola Superior de Saúde Egas Moniz**

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria das Transições.....	26
---------------------------------------	----

## INTRODUÇÃO

O presente relatório emerge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Opção I - Estágio e Relatório, sendo parte integrante do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Mestre Diana Vareta. Esta UC foi composta por um total de 540 horas, sendo repartidas por quatro contextos de estágio diferentes, um Serviço de Urgência Geral e Polivalente (SUGP) num Hospital Central na área da Grande Lisboa, correspondente a 180 horas, a uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital Privado, também, na área metropolitana de Lisboa, correspondente a 180 horas, a uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR) de um Hospital de referência na margem sul do Tejo, correspondente a 140 horas e, por último, numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), também, num Hospital na margem sul do Tejo, correspondente a 40 horas, sendo estes estágios realizados no período de entre 27 de maio de 2024 a 31 de janeiro de 2025.

A realização deste relatório tem como intuito descrever o processo formativo realizado ao longo do curso de Mestrado, de modo a garantir a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC). As competências de Mestre em Enfermagem, de acordo com os descritores de Dublin, são parte integrante e fundamental na aquisição e desenvolvimento de competências tendo de dar resposta às mesmas, ou seja, através da análise crítica e reflexiva fundamentada na evidência científica mais recente, baseada na experiência e participação em estágio, da realização de trabalhos académicos e no envolvimento das intervenções de enfermagem com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, procurou-se dar resposta às competências supramencionadas a fim de obter o título de EEMCPSC e o grau de Mestre em Enfermagem.

Aos descritores de Dublin estão inerentes cinco dimensões sendo elas o “a) Conhecimento e capacidade de compreensão; b) Aplicação de conhecimentos e compreensão; c) Realização de julgamento/tomada de decisões; d) Comunicação; e) Competências de autoaprendizagem” (Decreto-Lei nº 74/2006).

O EE é detentor de competências reconhecidas, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados, em articulação com a evidência científica e a complexidade clínica dos contextos de atuação (OE, 2018). Este deve conhecer a situação da pessoa, família e/ou cuidador a quem dirige os seus cuidados, prevendo e identificando precocemente possíveis complicações, garantindo uma intervenção eficiente (OE, 2018). Deste modo “o avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” (OE, 2018, p. 19360).

Para a realização deste relatório, importa referir o suporte do referencial teórico de Patricia Benner (2001), que descreve a progressão do desenvolvimento do profissional de enfermagem, que se encontra dividido em cinco níveis de competência: Novato; Iniciado Avançado; Competente; Proficiente; Perito (Benner, 2001). A excelência dos cuidados de enfermagem é obtida com a aquisição de perícia por parte do profissional, através de um conhecimento vasto, capacitado e compreensão das intervenções sendo, deste modo, considerado perito (Benner, 2001). Neste sentido, é possível enquadrar e analisar a evolução das práticas e habilidades desenvolvidas durante o percurso formativo, orientando o crescimento profissional através da reflexão crítica, facilitando a identificação do nível de competência alcançado.

Este relatório de estágio centra-se na análise e reflexão das experiências e necessidades sentidas no decorrer do estágio, em que procurámos, dentro dos cuidados especializados à PSC e da temática central de estudo, as Intervenções de Enfermagem Especializadas à PSC submetida a Cateterismo Cardíaco. Sentimos a necessidade de estudar esta temática de forma a adquirir conhecimentos e melhorar os cuidados à PSC diagnosticada com EAM com necessidade de realização de cateterismo cardíaco, tendo esta um elevado risco de instabilidade hemodinâmica, com intuito de melhorar os *outcomes* da mesma.

Durante todo o percurso, fundamentamos a nossa intervenção com assento na Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma teoria de médio alcance. Foi através desta teoria que identificamos a nova condição clínica da pessoa e o seu novo papel no seio familiar, assim como da própria família. A justificação para a escolha desta teoria foi pelo facto de a PSC submetida a cateterismo cardíaco e a sua família atravessarem transições desde o período pré-cateterismo até ao momento da alta hospitalar.

A PSC enfrenta uma transição saúde-doença, quando estaria numa situação estável e saudável e sofre algo inesperado, podendo a sua vida ficar em risco. Neste sentido, também

sofre juntamente com a sua família e/ou cuidador uma transição situacional tanto a nível pessoal, familiar e social, alterando-se os papéis e a normalidade de como vivem o seu dia a dia habitual. A PSC e a sua família e/ou cuidador experienciam uma instabilidade e são vistas num ambiente totalmente diferente da sua realidade habitual, sendo a intervenção de enfermagem fulcral na resposta a estas dificuldades sentidas, capacitando a pessoa e família na sua adaptação à nova realidade, promovendo uma transição eficaz.

A intervenção de enfermagem, quando fundamentada e baseada em teorias e metodologias científicas melhoram a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, a atuação realizada à PSC, permitindo a uma melhor perceção e pensamento crítico perante os cuidados prestados (Nunes, 2018).

Este relatório está dividido e estruturado em quatro capítulos, em que no primeiro capítulo está inerente a presente introdução, no segundo capítulo está intrínseco o enquadramento teórico relativo à temática de interesse, subdividido em três subcapítulos onde no primeiro é abordada a fisiopatologia, o diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o cateterismo cardíaco como estratégia terapêutica, no seguinte subcapítulo é explanado as intervenções de enfermagem à PSC submetida a cateterismo cardíaco e no último subcapítulo é referente ao modelo teórico que norteou toda a nossa prática no decorrer deste percurso, a Teoria das Transições de Afaf Meleis. No terceiro capítulo abordámos a aquisição e desenvolvimento de competências, em que foi realizada uma análise crítica e reflexiva da prática realizada. Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos, em que no primeiro foi descrita a caracterização dos diferentes contextos onde foram realizados os estágios, descrevendo o espaço físico, o funcionamento do mesmo e a constituição das equipas multidisciplinares. No segundo subcapítulo foram abordadas as competências comuns do EE e de Mestre em Enfermagem e no terceiro subcapítulo as competências específicas do EEEMCPSC e de Mestre em Enfermagem. Estas foram tratadas através da descrição, análise reflexiva das mesmas e da fundamentação desenvolvida em todo o percurso formativo. No quarto capítulo apresentamos as considerações finais em realizamos uma reflexão de todo o trabalho desenvolvido, respondendo aos objetivos estipulados terminando com a autoavaliação do percurso formativo realizado.

Finalizando, encontram-se as referências bibliográficas consultadas e utilizadas para o desenvolvimento deste relatório, os apêndices ilustrativos dos trabalhos desenvolvidos e os anexos onde são demonstrados os certificados de formações realizadas e as escalas utilizadas durante o percurso formativo.

Este relatório foi escrito com base no guia orientador para elaboração das teses de mestrado da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, respeitando o novo acordo ortográfico da língua portuguesa. As referências bibliográficas foram realizadas de acordo com o estilo da American Psychological Association (2020), sétima edição.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conhecimento abrange saberes partilhados entre e com outras pessoas. Após estudado por um determinado grupo de uma comunidade é determinada a sua precisão e valorização (Chinn & Kramer, 2018). A enfermagem tem sido destacada através da investigação, formação e ensino, desenvolvendo-se para uma profissão científica e de valorização (Nunes, 2018).

O presente capítulo está organizado em três subcapítulos. No primeiro, será abordado o EAM com ênfase nas condições que levam à necessidade de realização de cateterismo cardíaco. Serão discutidos os principais fatores de risco, manifestações clínicas e a relevância deste procedimento tanto no processo para o diagnóstico, como para o tratamento de doenças cardiovasculares. O segundo subcapítulo foca as intervenções de enfermagem para a PSC submetida a esse procedimento. Por fim, o terceiro subcapítulo tratará a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que serviu como base fundamental para refletir sobre a intervenção de enfermagem no cuidado à PSC submetida a cateterismo cardíaco, ao longo do desenvolvimento deste relatório.

### 1.1. Enfarte Agudo do Miocárdio - Cateterismo Cardíaco

A doença cardiovascular é a principal causa de morte a nível mundial. Estima-se que 17.5 milhões de pessoas tenham morrido por esta causa, o que representa cerca de 31% das mortes globais no ano de 2021. Na Europa, é estimado que 4.2 milhões de pessoas morram por ano, ou seja, 42.5% das mortes totais (OMS, 2024). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em Portugal, as mortes por doença do foro cardíaco representaram 8.5% da mortalidade total em 2023, sendo 3.1% com EAM, a mais elevada dentro das patologias cardíacas (INE, 2025).

O EAM é definido como a morte celular de uma ou mais regiões do miocárdio, devido há oclusão das artérias coronárias pela presença de trombos, diminuindo gravemente e de forma prolongada a circulação sanguínea até ao miocárdio (Oliveira et al., 2024).

Existem fatores que aumentam o risco de incidência de EAM: os fatores de risco modificáveis e fatores de risco não modificáveis (Gonçalves & Magalhães, 2024). O colesterol, a

hipertensão arterial, a Diabetes Mellitus, o excesso de peso e obesidade, os hábitos tabágicos e alcoólicos e o sedentarismo são exemplos de fatores de risco modificáveis (Arsyad et al., 2022). Relativamente aos fatores de risco não modificáveis são exemplos a idade, o sexo e fatores hereditários (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2019; Oliveira et al., 2019).

O EAM pode ser manifestado através de dor torácica sentida no peito que pode irradiar para o membro superior esquerdo, região posterior e/ou mandíbula. É, por vezes, acompanhada de sudorese intensa, palpitações, síncope e náuseas ou vômitos, sendo um momento com risco iminente de ocorrência de arritmias como a fibrilhação ventricular e a taquicardia ventricular (INEM, 2020).

A existência de antecedentes de doença cardiovascular, doença arterial periférica e doença renal crónica devem aumentar a suspeita de EAM durante a instalação dos sintomas (INEM, 2019).

Os sintomas podem ocorrer de forma súbita, gradual ou intermitente e têm habitualmente duração superior a 20 minutos. Por vezes, podem existir algumas situações atípicas, uma vez que, pessoas do sexo feminino, pessoas idosas e pessoas com Diabetes Mellitus podem desenvolver um EAM tendo um mínimo ou nenhum desconforto torácico (INEM, 2019).

O diagnóstico de EAM é feito com base na sintomatologia, eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e testes laboratoriais, nomeadamente os marcadores de necrose miocárdica (troponinas). O prognóstico depende da extensão da lesão miocárdica, sendo o risco de mortalidade superior quanto maior a lesão (Diepen et al., 2017).

O ECG de 12 derivações é o exame preferencial no diagnóstico de EAM, devendo realizar-se uma primeira avaliação durante a abordagem inicial, ou seja, nos primeiros 10 minutos após a suspeita de EAM (Birnbaum et al., 2022; INEM, 2019). Segundo Ibanez et al. (2017), após a interpretação do primeiro ECG, é estabelecido o minuto zero iniciando-se o cronómetro de intervenção, tendo até duas horas para a PSC dar entrada na sala de hemodinâmica.

Deste modo, é importante saber interpretar o ECG, identificando as alterações e, conseqüentemente, relacionar a área anatómica afetada com as derivações eletrocardiográficas. Em caso de alterações nas derivações V1 e V2 o EAM é localizado na parede Septal, com alterações de DII, DIII e aVF o EAM é localizado na parede Inferior, com alterações a nível de V3 e V4 o EAM é localizado na parede Anterior, com alterações em DI, aVL, V5 e V6 o EAM é localizado ao nível da parede Lateral, por último, com alterações na derivação V7, V8 e V9 o EAM é localizado na parede Posterior (Watson et al., 2018). Após

identificada as alterações ao nível de ECG é afirmado que a PSC apresenta um EAM com supra do segmento “ST” (EAM c/ SST), ou seja, tem uma elevação anormal deste segmento o que é sugestivo de uma obstrução total ou parcial de uma ou mais artérias coronárias (Lucaci, 2022).

No EAM com elevação do segmento ST ocorre uma diminuição ou cessação do fluxo sanguíneo numa artéria, sendo a estratégia de tratamento adotada a reperfusão imediata da mesma, seja por via farmacológica ou por cateterismo cardíaco. O objetivo é restabelecer a perfusão de sanguínea o quanto antes e diminuir o nível de lesão do miocárdio (Oliveira et al., 2024). O EAM c/SST pode levar à instabilidade hemodinâmica através da hipotensão arterial, arritmias cardíacas, diminuição da fração de ejeção de sangue pelos ventrículos, choque cardiogénico ou até mesmo paragem cardiorrespiratória (PCR), neste sentido a rápida identificação e atuação à PSC perante o EAM é fulcral diminuindo os riscos na mesma (Kapur et al., 2020).

Como opções terapêuticas, a administração de terapêutica anticoagulante e/ou antiagregante, em contexto de EAM c/ SST contribui para a diminuição da morbidade e mortalidade associada a esta situação crítica, e deve ser imediatamente administrada após o seu diagnóstico (Garcia et al., 2024).

A angioplastia coronária percutânea, através da realização de cateterismo cardíaco, é a intervenção mais eficaz e preferencial quando efetuada dentro de 1 hora a, no máximo, 2 horas. Quando não é possível a realização desta intervenção em tempo útil, está recomendada a realização de fibrinólise (INEM, 2020).

Neste contexto as Unidades de Hemodinâmica foram criadas para responder à elevada taxa de mortalidade das pessoas com EAM, realizando estudos das artérias coronárias através da realização de cateterismos cardíacos (Régis et al., 2017).

Em Portugal, no período de 2014 a 2023 foram realizados mais de 160 mil cateterismos cardíacos, havendo um aumento ano após ano da realização desta intervenção (Sociedade Portuguesa de Cardiologia [SPC], 2025).

O cateterismo cardíaco é o método de diagnóstico absoluto de EAM, pois permite avaliar a anatomia, a fisiologia e a vascularização cardíaca, pormenorizar a gravidade e a extensão da cardiopatia, permitindo desenvolver um plano terapêutico adequado para cada pessoa (Alencar, 2021).

Este procedimento é realizado através de uma punção via percutânea ou por uma incisão ao nível dos vasos da artéria braquial ou artéria femoral (mais frequentes), em que são inseridos

cateteres arteriais e venosos até atingir um vaso de maior calibre e, posteriormente, chegar ao coração. De seguida, é administrado contraste de forma a obter uma imagem, permitindo realizar uma avaliação eficiente das artérias coronárias afetadas (Régis et al., 2017).

A realização do cateterismo cardíaco expõe a pessoa a alguns riscos tais como: hemorragia, hematoma, infecção local, lesão nos vasos sanguíneos, tromboembolismo pulmonar e tensão arterial alterada (Alencar, 2021).

Atualmente, com a evolução de novas abordagens procedimentais como a preferência pela utilização da via radial em prol da via femoral, o aparecimento de novos *stents* farmacológicos e a utilização de dispositivos de encerramento vascular, têm vindo a melhorar os cuidados à pessoa com EAM, no intra e no pós-cateterismo cardíaco, principalmente ao nível das intervenções de enfermagem (Bouchlarhem et al., 2024).

## **1.2. Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Submetida a Cateterismo Cardíaco**

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) “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” (OE, 2018, p. 19362). Com base nesta definição, e sabendo que a pessoa com EAM tem um elevado risco de instabilidade hemodinâmica, esta deve ser considerada uma PSC com EAM, necessitando de uma intervenção dirigida por parte da equipa de enfermagem (Gillingham et al., 2020).

Durante o progresso formativo ao longo do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da PSC foi desenvolvido uma revisão scoping (Apêndice I) com o objetivo de identificar e mapear a literatura científica mais recente sobre o tema “Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Submetida a Cateterismo Cardíaco”, que nos permitiu adquirir conhecimentos e conceitos chave sobre a temática, identificar os problemas sentidos na intervenção de enfermagem a esta população e partilhar com os profissionais de enfermagem nos diferentes campos de estágio as conclusões obtidas, garantindo a segurança na prática clínica diária. Para a elaboração da revisão foram validados os descritores na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), sendo expressos através da equação booleana [(cardiac catheterization) AND nurs\* AND (critical

care OR intensive care OR icu)]. Foi seguida a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (Aromataris et al., 2024), utilizando a base de dados eletrónica PubMed e a plataforma EBSCOhost nas seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane Central Register of Controlled Trials, para a pesquisa de artigos científicos. Esta foi realizada em janeiro de 2024. Como resultados obtidos foram incluídos 7 artigos, onde se identificaram 4 categorias de intervenções de enfermagem no cuidado à PSC submetida a cateterismo cardíaco, nomeadamente: intervenções de enfermagem no intra-cateterismo, intervenções de enfermagem no pós-cateterismo, prevenção de complicações e formação profissional.

Relativamente às intervenções de enfermagem intra-cateterismo, de acordo com Paniago (2018), durante o procedimento de realização de cateterismo cardíaco, a equipa de enfermagem tem como intervenções principais a monitorização de fatores desencadeantes de stress e ansiedade e a monitorização da dor. Segundo Forooghy et al. (2015) durante o cateterismo cardíaco, as pessoas são expostas a fatores causadores de maior ansiedade como o barulho do equipamento para o cateterismo e, possível, angioplastia, as conversas dos profissionais de saúde, o ambiente desconhecido, o medo dos resultados, as complicações associadas ao procedimento, a possibilidade de cirurgia e a incerteza no futuro. A musicoterapia é uma intervenção de enfermagem não-farmacológica que ajuda a combater o stress e a ansiedade, no entanto, não influencia os parâmetros hemodinâmicos (Forooghy et al., 2015).

A gestão da dor é uma das intervenções especializadas de enfermagem mais importantes durante todo o procedimento de cateterismo cardíaco, pois pode influenciar na agitação, no stress, na ansiedade e alterar outros parâmetros vitais como a tensão arterial e a frequência cardíaca, podendo comprometer o procedimento. O enfermeiro tem a responsabilidade de monitorizar a dor através do uso de escalas e da implementação de estratégias farmacológicas, como a administração de analgesia com conhecimento e indicação médica, e não farmacológicas através da mobilização controlada da PSC, com atenção ao local da inserção do cateter ou da elevação da cabeceira (Régis et al., 2017). Caso a duração do cateterismo cardíaco seja prolongada, o enfermeiro deve gerir a temperatura corporal da pessoa, avaliar potenciais riscos de úlceras por pressão e complicações devido à imobilização (Teixeira et al., 2022). A comunicação da equipa dentro da sala de hemodinâmica é preponderante, principalmente em situações críticas como reações alérgicas ao contraste, complicações ao nível vascular e arritmias cardíacas. Nestas situações, o EE é visto como

fundamental, pois através da monitorização da pessoa deve ser ele o coordenador da comunicação garantido a transmissão eficaz das informações e dos sinais de alertas, assim como, na implementação das medidas necessárias tendo em conta cada situação (Doorey et al., 2022).

No que toca às intervenções de enfermagem pós-cateterismo a dor, principalmente na região posterior do tronco, é a principal manifestação pelas pessoas submetidas a cateterismo cardíaco devido ao repouso do leito, levando a que se conclua o benefício do levantar precoce, da alternância de decúbitos e a elevação gradual da cabeceira (Mall, 2019; Ramadan et al., 2023; Suggs et al., 2017; Tuozzo et al., 2023). Estas intervenções não farmacológicas promovem um maior conforto à pessoa e diminui o tempo de hospitalização, sendo indicado o levantar e a deambulação em segurança após três horas de repouso no leito, se a intervenção tiver sido realizada por via radial, e após seis horas, se a intervenção tiver sido realizada via femoral (Paniago, 2018). Atendendo a este cuidado é demonstrativo a diminuição de complicações vasculares, melhorando a qualidade do internamento comparativamente a pessoas sujeitas a uma imobilização prolongada (Mall, 2019; Ramadan et al., 2023; Suggs et al., 2017; Tuozzo et al., 2023). A dor no local onde foi realizado o cateterismo cardíaco é também uma problemática comum das pessoas submetidas a este procedimento, sendo prejudicial no conforto e recuperação da pessoa (Régis et al., 2017). A vigilância do local de punção deve ser uma prioridade para o enfermeiro, pois através da monitorização de pulsos distais, cor e temperatura do membro, vigilância do penso e do local de punção e da monitorização de sinais vitais consegue-se detetar precocemente complicações vasculares e hemorrágicas (Ferreira et al., 2023). A identificação destas complicações tardias são intervenções importantes durante a hospitalização, tendo o enfermeiro a responsabilidade de vigiar e prevenir o aparecimento de complicações associadas ao cateterismo cardíaco (Almeida et al., 2022).

Na categoria relativa à prevenção de complicações, os cuidados de enfermagem são vistos, logo após a realização do cateterismo cardíaco, como importantíssimos, pois pessoa atravessa um período crítico, havendo a possibilidade de desenvolver complicações e instabilidade hemodinâmica (Paniago, 2018).

Esta prevenção inicia-se na sala de hemodinâmica com os cuidados na remoção do cateter. Após a remoção do cateter introduzido na via radial ou femoral, o enfermeiro deve garantir a hemóstase através da compressão manual, caso não tenha sido utilizado dispositivos de oclusão vascular, diminuindo assim o risco de hemorragia pelo local de inserção (Suggs et

al., 2017). Na sala de hemodinâmica, durante a transferência para o internamento e já no internamento, o enfermeiro deve transmitir toda a informação necessária à pessoa submetida a cateterismo cardíaco colaborando com os enfermeiros da equipa de destino, de modo a que se consiga identificar precocemente hemorragias, hematoma, pseudoaneurisma e neuropatia femoral, prevenindo complicações que possam surgir (Mall, 2019).

A realização de ações de prevenção ao nível dos fatores modificáveis dirigidos à pessoa e família como o tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidemia, hipertensão e Diabetes Mellitus são intervenções que o EE deve ter em conta durante o período de hospitalização, diminuindo os riscos de reincidência (Paniago, 2018). A equipa de enfermagem deve ter uma comunicação eficaz com a pessoa submetida a cateterismo cardíaco, validando com a mesma a compreensão das orientações fornecidas conduzindo a uma diminuição dos riscos nos cuidados pré e pós a intervenção cardíaca (Teixeira et al., 2019).

Por último, relativamente à categoria da formação profissional, o enfermeiro deve ter presente na realização do seu exercício um conjunto de fatores científicos e humanos, de forma a promover uma visão holística no cuidado à pessoa, percebendo as dificuldades existentes, tanto a nível familiar como social (Guimarães & Silva, 2016). Deste modo, é importantíssimo que os enfermeiros conheçam a finalidade do cateterismo cardíaco, os benefícios e riscos para a pessoa e as suas complicações, tendo como base das suas intervenções a prática baseada na evidência (Paniago, 2018). Em complementaridade, a equipa de enfermagem deve ter presente o conhecimento necessário de forma a ter segurança nas suas intervenções, promovendo assim o conforto da PSC (Suggs et al., 2017). Relativamente aos fatores humanos, o enfermeiro deve ser responsável por transmitir confiança, dar suporte emocional e colaborar na adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde e ao que isso implica, não esquecendo a família (Guimarães & Silva, 2016).

Para dar resposta a estes fatores os profissionais de enfermagem devem ter a devida experiência e formação continua, com base na evidência científica mais recente, de forma a garantir a segurança das suas intervenções à pessoa submetida a cateterismo cardíaco, complementando as categorias referidas anteriormente (Paniago, 2018). Desta forma, é possível afirmar que as intervenções de enfermagem à pessoa submetida a cateterismo têm influência no processo de hospitalização e recuperação da pessoa (Gillinham et al., 2020). Após a identificação e desenvolvimento das categorias associadas às intervenções de enfermagem constata-se que existem inúmeras barreiras na transmissão de informação

clínica por parte do enfermeiro à PSC e à sua família, tendo este a necessidade de adotar estratégias para que essa informação seja perceptível e acessível.

O enfermeiro tem um papel fundamental na colheita de dados e transmissão de informação quer com outros enfermeiros, quer com a pessoa e família. Relativamente à transmissão de dados para com a equipa de enfermagem, deve garantir uma comunicação eficaz na transferência da pessoa da sala de hemodinâmica para o internamento de modo a que o enfermeiro que recebe a pessoa possa planear os cuidados de forma estruturada e responsável garantindo a continuidade e qualidade de cuidados (Frias & Santos, 2023).

Relativamente à transmissão de informação à pessoa e familiares, esta deve ser realizada através de momentos de partilha, adaptada a cada caso clínico, e ter em conta fatores como o estado de consciência, a estabilidade hemodinâmica e a capacidade de compreensão da pessoa/família. Em algumas ocasiões poderá ser vantajoso o foco inicial da transmissão de informação ser à família e/ou cuidadores, tendo um discurso claro e honesto sobre o procedimento e potenciais riscos e complicações, promovendo a diminuição das mesmas envolvendo a pessoa e família neste processo (Gonçalves et al., 2023). De forma a facilitar esta transmissão de informação, o enfermeiro pode adotar diversas estratégias como a utilização de materiais audiovisuais, demonstrações práticas, folhetos informativos e sessões de esclarecimento (Martins & Costa, 2022)

A explicação e transmissão de informação deve ser realizada pelo enfermeiro desde o momento de pré-cateterismo até ao momento de alta, podendo estender-se, conforme as instituições, até a um seguimento de pós-alta. Deve-se, sempre que possível, envolver a família nos cuidados à pessoa, de forma a ajudar na prevenção de complicações e reincidências hospitalares (Hames et al., 2023).

Além desta barreira identificada, existe outra relacionada com a insegurança sentida pelos enfermeiros na implementação de intervenções como o levante precoce e a alternância de decúbitos referindo falta de conhecimento e de formação relativa a esta temática, sendo limitações que condicionam a hospitalização da pessoa, pois terá um processo de recuperação mais demorado (Suggs et al., 2017).

Neste sentido, a formação profissional deve ser contínua, melhorando a competência, a segurança, responsabilidade e confiança dos enfermeiros, garantindo intervenções de excelência e melhorando a relação entre enfermeiro-pessoa e enfermeiro-família (Mesquita et al., 2021).

### 1.3. Teoria das Transições- Afaf Meleis

As teorias de enfermagem têm sido um contributo importante para a estruturação do conhecimento para os enfermeiros, permitindo que este se concentre em problemas fulcrais, nomeadamente, intervenções direcionadas para o estado mental e emocional da pessoa, e tenha a capacidade de estruturar as intervenções de enfermagem com base em quatro conceitos fundamentais - enfermagem, pessoa, saúde e ambiente (Ribeiro et al., 2018). Estas são classificadas, de acordo com o nível de abstração, em dois grupos: teorias de grande alcance e de médio alcance. As teorias de grande alcance são aquelas que definem a Enfermagem através da sua natureza, missão e objetivos, enquanto as teorias de médio alcance são aquelas que se baseiam em conceitos e fenómenos concretos, refletidos na prática sendo, por isso, menos abstratas (Im & Meleis, 2021).

O desenvolvimento deste relatório e de todo o percurso formativo foi desenvolvido e orientado com base na Teoria das Transições, uma teoria de médio alcance, de Afaf Meleis, sendo uma teoria que surge com a necessidade de compreender como as pessoas vivenciam as mudanças significativas ao longo da sua vida e, de que forma, estas influenciam a identidade, saúde e bem-estar (Meleis, 2019).

Esta teoria é composta por quatro elementos principais: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); as condições que influenciam a transição, como fatores facilitadores e inibidores (pessoais, comunidade e sociedade); os padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e as intervenções de enfermagem orientadas para apoiar o processo de transição (Figura 1) (Im & Meleis, 2021).

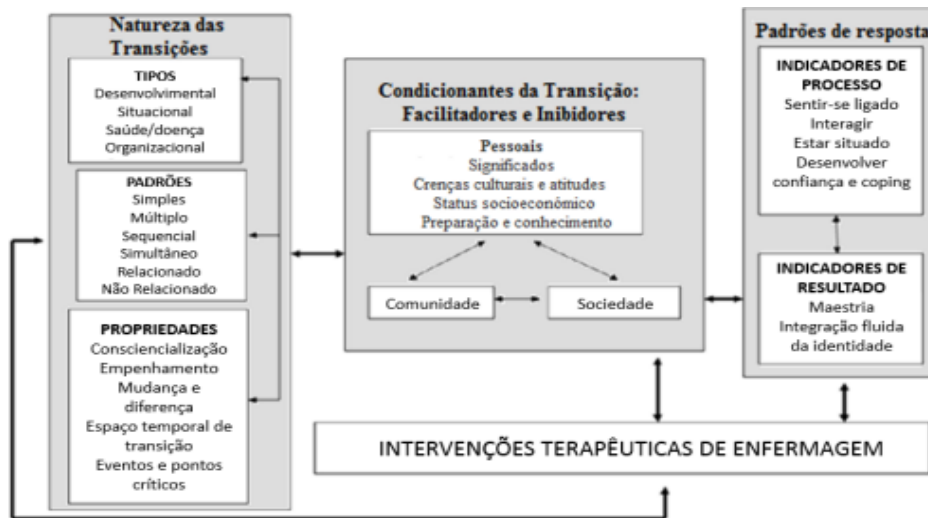


Figura 1- Teoria das Transições - (Adaptado de Meleis, 2018)

As transições podem assumir diferentes tipos, nomeadamente: transições de desenvolvimento (ligadas às mudanças ao longo do ciclo de vida); Transições situacionais (relacionadas com alterações nos papéis pessoais e sociais); Transições saúde/doença (quando ocorre uma mudança do estado de saúde de saudável para doente) e Transições organizacionais (envolvem modificações no ambiente, quer seja social, político, económico ou institucional) (Meleis, 2010).

As transições podem apresentar diferentes padrões, podendo ser únicas ou múltiplas, ocorrerem de forma sequencial (quando surge em momentos distintos) ou simultâneas e podem ter um padrão relacionado ou não relacionado. Entre os condicionantes pessoais, estão incluídos os significados atribuídos aos eventos que antecedem a transição (positivos, negativos ou neutros); as crenças e atitudes culturais que influenciam a forma como as emoções relacionadas com a transição são expressas; o nível socioeconómico e a preparação e o conhecimento sobre a situação específica. Os indicadores de processo incluem o sentir-se integrado (por meio de redes de apoio); as interações com outras pessoas que vivenciam semelhantemente a experiência; sentir-se situado, estando enquadrado ao seu novo contexto e o desenvolvimento de estratégias de *coping* e confiança, tendo em conta a compreensão da necessidade de mudança. A aquisição e o domínio de novas competências, assim como a reformulação de identidade, são fundamentais para o sucesso da transição, sendo indicadores de uma transição saudável. Por sua vez, a intervenção de enfermagem corresponde a ações implementadas ao longo do processo de transição, com o objetivo de promover uma adaptação positiva e bem-sucedida (Im & Meleis, 2021).

Relativamente aos tipos de transição, a transição de desenvolvimento refere-se às alterações que ocorrem tanto a nível do indivíduo como familiar, estando diretamente associado ao ciclo vital, estendendo-se por um longo período temporal (Silva et al., 2019). Por outro lado, a transição organizacional está diretamente ligada às alterações no meio ambiente que afetam a vida da pessoa e as normas da organização em que está inserida (Silva et al., 2019). Estas mudanças podem surgir a partir de alterações sociais, políticas, económicas ou estruturais e influenciam a dinâmica organizacional (Anderson & Gibson, 2021).

No que diz respeito à transição situacional, esta ocorre quando há uma modificação nos papéis dentro do seio familiar como, por exemplo, a passagem para a parentalidade ou assumir o papel de cuidador (Melo et al., 2021).

Durante estas transições, a pessoa e a sua família devem ser alvo de cuidados especiais por parte do enfermeiro, que deverá implementar intervenções específicas e estratégias adequadas para apoiar o processo de transição (Silva et al., 2019).

A transição saúde/doença representa a mudança do estado de saúde para uma condição de doença, exigindo da pessoa novas formas de comportamento, recursos e estratégias de *coping* para lidar com as ruturas e restabelecimentos nas suas relações sociais (Meleis, 2015). Esta passagem acarreta mudanças biopsicossociais e espirituais que impactam diretamente na capacidade de adaptação ao meio envolvente (Schumacher & Meleis, 1994). A hospitalização pode ser considerada uma transição situacional, pois constitui um evento, previsto ou inesperado, que provoca alterações significativas e exige da pessoa uma adaptação à sua nova realidade (Schumacher & Meleis, 1994). Assim, a compreensão da natureza das transições exige que os enfermeiros considerem todos os tipos e padrões de transições que a pessoa possa vivenciar, reconhecendo que estas podem ser únicas, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas (Gonçalves et al., 2024).

As transições apresentam propriedades intrínsecas, designadamente: a consciência, o compromisso, a mudança e diferença, o período da experiência e os pontos críticos e eventos (Meleis et al., 2000). Estas transições decorrem num intervalo temporal com um início, destacado pela perceção de mudança, e com um fim, que ocorre quando a pessoa adquire novos papéis, alcança uma sensação de bem-estar ou atinge a qualidade de vida desejada (Meleis, 2015).

A consciência refere-se à perceção, ao conhecimento e ao reconhecimento da mudança por parte da pessoa. O processo de consciencialização implica compreender o que se alterou e

de que forma a vida foi impactada, promovendo uma reorganização pessoal para um novo modo de viver, ser e estar (Meleis, 2010). É essencial que os enfermeiros avaliem o nível de consciência das pessoas relativamente às alterações experienciadas, adaptando as suas intervenções às necessidades identificadas (Meleis et al., 2000).

O compromisso está associado ao grau de envolvimento da pessoa no processo de transição, sendo influenciado pelo seu nível de consciencialização (Meleis, 2010). Neste sentido, sem consciência das mudanças, não pode existir verdadeiro compromisso. Uma pessoa ciente das alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais terá um envolvimento distinto daquela que desconhece ou nega essas transformações (Bridges, 2019).

A mudança e diferença são elementos centrais das transições (Meleis et al., 2000). Durante este processo, ocorrem transformações significativas ao nível pessoal, ambiental e relacional. Estas mudanças podem incluir aspetos como a natureza do evento, a sua duração, a gravidade percebida e as normas sociais e familiares. A diferença, por sua vez, emerge do confronto entre a realidade atual e as expectativas da pessoa, podendo sentir sentimentos de estranheza e ter a perceção de estar a ser visto como diferente (Meleis et al., 2000).

A transição é entendida como um período de experiência iniciado pela antecipação ou perceção de uma mudança. Este período é frequentemente marcado por instabilidade, confusão e angústia, até que seja alcançado um novo equilíbrio ou uma nova fase seja iniciada (Bridges, 2017). As transições compreendem pontos críticos e eventos. Ao longo das transições, podem ocorrer pontos críticos sendo caracterizados pela instabilidade, incerteza e afastamento da realidade (Meleis et al., 2000).

As condições pessoais compreendem os significados, as crenças e as atitudes culturais, o nível socioeconómico, o conhecimento e a preparação (Meleis, 2010). Dependendo da consciencialização, personalidade, condições pessoais e comunidade a transição é influenciada na forma como é vivida, podendo facilitar ou dificultar o processo de transição (Tavares et al., 2022). Os significados atribuídos a um evento resultam da interpretação subjetiva da pessoa sobre a realidade envolvente, influenciada pelas suas perceções e experiências (Internacional Council of Nurses [ICN], 2019). No caso da doença crónica, por exemplo, a pessoa precisa de dar valor a certos aspetos da sua vida, realizando luto pelas suas perdas e integrando novas estratégias adaptativas (Akyirem et al., 2022). Estes significados podem facilitar ou dificultar o processo de transição, dependendo da interpretação, podendo ser considerados positivos, neutros ou negativos (Meleis et al., 2000).

A atitude cultural é composta pelas dimensões cognitivas (crenças), afetivas (emoções) e comportamental (ações), tendo impacto no modo como a pessoa vivencia a transição. Acreditar na incapacidade de mudar pode comprometer a adaptação ao novo contexto (Meleis et al., 2000).

As crenças, por sua vez, resultam da educação, cultura e experiências de vida, moldando a percepção da realidade e a forma como se reage às mudanças (White et al., 2021).

O nível socioeconómico é outro fator determinante, onde um baixo nível pode limitar o acesso a cuidados de saúde, a recursos e a informação, condicionando negativamente o processo de transição (Meleis et al., 2000).

A preparação e o conhecimento facilitam a experiência da transição, enquanto a sua ausência pode constituir um obstáculo (Meleis et al., 2000). Neste sentido, o desenvolvimento da literacia em saúde é fundamental.

A influência da comunidade e sociedade onde se integra é igualmente relevante. A comunidade é entendida como o conjunto de pessoas que partilham uma localização geográfica, enquanto a sociedade compreende-se por grupos com cultura e território comum (ICN, 2019). Os recursos existentes na comunidade como a família, a informação disponível e o suporte social podem ser benéficos para a transição. Do mesmo modo, a escassez destes recursos ou respostas inadequadas comprometem o processo de transição (Meleis et al., 2000). A sociedade também tem um papel determinante, nomeadamente no que toca à estigmatização, estereótipos e marginalização, o que dificulta a adaptação à sua nova identidade. Por outro lado, políticas de saúde, sociais e programas inclusivos, facilitam a vivência da transição (Tavares et al., 2022).

Apesar das especificidades de cada caso, existem padrões de resposta comuns nas pessoas em transição. Estes incluem o sentimento de pertença, a capacidade de interação, a sensação de estar situado no novo contexto e o desenvolvimento de estratégias de *coping* e confiança (Meleis et al. 2000). A avaliação destes padrões permite antecipar intervenções de enfermagem eficazes na promoção de transições saudáveis (Meleis et al., 2000).

A transição saudável é caracterizada pela integração de novos papéis com sucesso, domínio das competências necessárias e adaptação emocional. Uma transição não saudável dá-se quando existe, por parte da pessoa, uma dificuldade na adaptação e/ou na compreensão da nova identidade, resultando num fragilizado desempenho da transição (Meleis, 2010). A

mestria, resulta no domínio das competências da pessoa para lidar com a sua nova situação, sendo esta considerada um indicador de sucesso no processo de transição (Meleis, 2007).

A Teoria das Transições tem uma grande relevância na prática de enfermagem, pois os profissionais cuidam diariamente de pessoas a atravessar mudanças significativas para as suas vidas, como o diagnóstico, a hospitalização, a alta hospitalar, o regresso a casa, o confronto com a sua nova realidade e adaptação à mesma, entre várias outras (Meleis, 2010). Compreender as propriedades e condições envolvidas permite ao enfermeiro planear e implementar intervenções adequadas, promovendo transições bem-sucedidas. Nesse contexto, a comunicação eficaz é essencial para criar uma relação terapêutica sólida e facilitar a adaptação da pessoa e da sua família à nova realidade (Antunes, 2022).

Aplicando esta teoria para o contexto da temática, a PSC diagnosticada com EAM irá, inevitavelmente, vivenciar uma transição saúde-doença, pois não está preparada para o acontecimento, está vulnerável, emocionalmente irá sentir-se ansiosa e nervosa, num ambiente totalmente desconfortável ao qual não tem qualquer controlo. Além desta transição, irá enfrentar também uma transição situacional, pois ficará hospitalizada e vai ver alterado o seu papel familiar, alterando o seu papel dentro do seio familiar sendo a própria a necessitar de cuidados. Juntamente com a PSC, também a sua família terá de passar por uma transição situacional, pois toda a rotina no seio familiar irá ser alterada no futuro próximo. Neste contexto, o enfermeiro tem a função e a responsabilidade de ser um agente facilitador para a harmonização e gestão da situação promovendo o conforto da pessoa e da sua família, diminuindo, assim, o impacto do processo de transição promovendo o seu sucesso.

É preponderante a atuação do enfermeiro no processo de transição junto da PSC e da sua família, pois os enfermeiros estão numa posição privilegiada por terem presente os conhecimentos necessários para ajudar durante o processo de hospitalização, estabelecem as intervenções direcionadas na pessoa e família, tanto ao nível médico como emocional, promovendo a uma relação enfermeiro-pessoa e enfermeiro-família eficaz, são uma fonte confiável à vista da sociedade, são empáticos e sensíveis às necessidades das pessoas e familiares, facilitando o sucesso nas transições.

A redefinição da identidade da pessoa e o seu processo de adaptação à sua nova condição de saúde exigem, por parte do enfermeiro, uma abordagem global e integrada na mesma. Esta visão holística é essencial para apoiar a pessoa na reorganização da sua vida face à nova

realidade, promovendo a uma transição mais harmoniosa em relação à transição saúde-doença (Clur & Barnard, 2024).

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel determinante na promoção da aceitação da nova condição de saúde, tanto por parte da pessoa como da sua família e/ou cuidadores, contribuindo para o restabelecimento do equilíbrio e do bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994).

É imprescindível que o enfermeiro esteja atento aos momentos mais críticos e aos acontecimentos significativos que possam surgir, aplicando o seu conhecimento e experiência profissional de modo a antecipar necessidades, planejar cuidados, planejar e ajustar as suas intervenções de forma eficaz. Através da deteção precoce destes pontos críticos, será viável estruturar um plano de cuidados mais ajustado e centrado na pessoa (Meleis et al., 2000).

O enfermeiro deve preparar a PSC e a sua família para todo o processo a que esta nova condição irá submetê-los. O enfermeiro deve transmitir informações e assegurar o entendimento da pessoa e da sua família, de modo a que estas possam desenvolver capacidades e conhecimentos para que consigam gerir a sua nova condição de vida, tendo a capacidade de tomar decisões conscientes face à doença e à sua nova condição.

A relação terapêutica estabelecida com os enfermeiros facilita a partilha de experiências pessoais de forma mais livre e significativa. Esta partilha, permite aceder a interpretações mais profundas sobre como está a ser vivida a doença pela pessoa, proporcionando uma compreensão mais clara do percurso de transição e possibilitando a definição de estratégias de intervenção personalizadas e eficazes (Meleis, 2018).

Concluindo, a Teoria das Transições de Afaf Meleis encaixa no perfil de todo o percurso efetuado por uma PSC, que necessita de cuidados emergentes como é o cateterismo cardíaco, envolvendo a família em todo o processo de hospitalização e, posteriormente, na preparação para a sua nova condição familiar. A intervenção do enfermeiro é fundamental, durante todo o processo de transições vivenciada pela PSC e sua família, pois vai ser o agente facilitador e o profissional com maior interação com a pessoa e família, promovendo a que a transição seja saudável. O EE, sendo um enfermeiro diferenciado, pois é detentor de conhecimentos e competências reconhecidas e atualizadas, irá promover uma gestão dos cuidados, qualidade de ensinos, preparação para a nova identidade da pessoa e articulação com a família, garantindo uma resposta mais integrada e eficaz. Este irá possuir uma maior confiança, autoestima e domínio nos seus conhecimentos, permitindo a uma melhor recetividade da pessoa e família de forma a que estes possam atingir a autogestão.

## 2. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica abrange a realização de estágios em contextos distintos de forma a possibilitar a aquisição e o desenvolvimento alargado de competências especializadas dentro da área. Deste modo, importa realizar a caracterização dos campos de estágio para uma melhor contextualização da experiência adquirida. O primeiro estágio teve uma duração de 180 horas num SUGP na área Metropolitana da grande Lisboa. O segundo estágio foi dividido em três, tendo sido realizadas 180 horas numa UCI, num Hospital privado na área metropolitana de Lisboa, 140 horas numa UCICOR num Hospital de referência na região de Setúbal, por último, 40 horas na VMER num Hospital da mesma região.

O desenvolvimento de competências é baseado de acordo com a identificação de necessidades de aprendizagem sentidas por cada enfermeiro, através de experiências vivenciadas, em que lhes são atribuídas significados e a necessidade de mobilização de recursos para as ultrapassar (Ornellas & Monteiro, 2023).

Neste sentido foram delineados objetivos no decorrer dos dois estágios (Apêndice II), o do SUGP e da UCI.

### 2.1. Caracterização do Serviço

O primeiro estágio ocorreu na Urgência Geral Polivalente, onde está integrada a Área de Urgência Geral e Cuidados Intensivos, funcionando como uma área clínica transversal, em que é destinada ao atendimento de pessoas em situações urgentes e emergentes, dentro da sua área de referência. No entanto, tendo em conta a sua polivalência e diferenciação técnica, este serviço admite todas as pessoas independentemente da sua área de proveniência.

Neste contexto as áreas de especialidade disponíveis são: Anestesiologia, Cardiologia (Urgência referenciada), Cirurgia Cardiorácica (urgência referenciada), Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vasculiar (Urgência referenciada), Gastrenterologia, Hematologia (Urgência referenciada), Nefrologia (Urgência referenciada), Neurocirurgia, Neurologia, Medicina Interna, Oftalmologia, Ortopedia,

Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Urologia e Vertebro-Medular. Também dispõe de um Técnico de Cardiopneumologia para a realização e interpretação de ECG 24 horas, durante 7 dias por semana. Têm ainda, uma equipa de assistentes sociais de segunda a sexta-feira. Por último, está ainda alocado ao SUGP uma equipa de analistas clínicos durante 24 horas, 7 dias por semana. Por vezes é necessário realizar a transferência de pessoas em situações emergentes para outro hospital dentro da Unidade Local de Saúde (ULS) como, por exemplo, uma pessoa com EAM ser transferida para outro hospital onde exista sala de hemodinâmica. Estas transferências inter-hospitalares ficam a cargo da equipa de enfermagem do SUGP, não existindo uma equipa de transporte.

O estabelecimento de prioridade no atendimento das pessoas que recorrem ao serviço é determinado segundo o sistema de Triagem de Manchester. A Via Verde Coronária, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Sépsis e Trauma, estão ativas no serviço.

O SUGP está dividido em 2 áreas: A área de ambulatório, onde faz parte um espaço para pessoas em cadeira de rodas e/ou cadeirão e um espaço para macas, destinado a pessoas que, como o nome indica, permanecem em maca. Esta área contempla pessoas que estão a aguardar avaliação ou resultados de exames complementares de diagnóstico; Gabinete 6, local onde se realiza medicação rápida, como medicação via oral, intramuscular ou endovenosa em que a medicação seja diluída até 100 ml; Sala de Pequena Cirurgia, onde se realizam suturas, drenagens de abscessos e outras situações que sejam passíveis de resolver sem necessidade das pessoas serem transferidas para o bloco operatório; Sala de Ortopedia onde são realizados procedimentos que não necessitem de bloco operatório como reduções, luxações e colocação de gesso; 3 Salas de Triagem; Salas de atendimento de situações clínicas das áreas de Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Oftalmologia, Urologia e Otorrinolaringologia; Área de Psiquiatria, alocada no serviço mas com funcionamento à parte, com uma equipa de enfermagem distinta e a funcionar durante 24 horas, 7 dias por semana; Zona 6, local onde se encontram pessoas internadas que aguardam vaga nos respetivos serviços ou intervenção cirúrgica em bloco operatório; Clínica de Atendimento do Serviço de Urgência, que funciona das 10 às 22 horas com um enfermeiro e um médico de Medicina Interna destacados e onde são observadas pessoas a quem foi atribuída pulseira verde na triagem. A Área de Internamento, tem 4 salas de emergência (SE), em que 1 é destinada a pessoas vítimas de trauma, com espaço para 2 zonas de atendimento separadas e 3 com espaço para apenas 1 zona de atendimento, todas devidamente equipadas de forma a prestar os melhores cuidados à PSC; Sala de Observação, composta por 5 salas com espaço

para 5 pessoas cada uma, devidamente equipadas, destinadas a pessoas que necessitem de estabilização hemodinâmica e de maior vigilância antes de poderem ser transferidas para o internamento das diferentes áreas de especialidade.

A equipa de recursos humanos, é composta por médicos, enfermeiros, administrativos, técnicos auxiliares de saúde, seguranças, polícias de segurança pública, funcionários dos serviços de limpeza, técnicos de cardiopneumologia e analistas clínicos. Neste momento, a equipa médica de Medicina Interna é fixa, estando sempre um elemento da mesma no serviço. A equipa de enfermagem nos turnos da manhã e tarde é composta por 25 elementos e no turno da noite por 21 elementos.

Os enfermeiros estão distribuídos por equipas, tendo cada equipa o seu chefe de equipa com responsabilidade de gestão do serviço, quando a coordenação do SUGP está ausente. Em cada turno, os enfermeiros são distribuídos pelo enfermeiro-chefe de equipa pelos diferentes setores, prestando cuidados diretos à pessoa, sendo o trabalho em equipa a principal metodologia de trabalho. A cotação de enfermeiros por setores nos turnos da manhã e tarde são: 1 enfermeiro como chefe de equipa, 2 enfermeiros de triagem e 1 de reavaliação de triagem, 3 enfermeiros na área de ambulatórios macas e 3 enfermeiros na área de ambulatórios cadeiras, 1 enfermeiro de gabinete 6, 1 enfermeiro de pequena cirurgia e ortopedia, 1 enfermeiro de Clínica de Atendimento, 3 enfermeiros de SE e trauma, 5 enfermeiros de Sala de Observação, 2 de zona 6 e 2 enfermeiros de informações a familiares. No turno da noite o número de enfermeiros por setor é: 1 enfermeiro como chefe de equipa, 1 enfermeiro de triagem, 3 enfermeiros na área de ambulatório macas e 3 enfermeiros na área de ambulatório cadeiras, 1 enfermeiro de gabinete 6, 1 enfermeiro de pequena cirurgia e ortopedia, 3 enfermeiros de SE e trauma, 5 enfermeiros de Sala de Observação e 3 enfermeiros de zona 6. Normalmente, os chefes de equipa tentam distribuir pelo menos um EE na SE.

Faz parte do SUGP a VMER, constituída por um médico e um enfermeiro, tendo a sua base no recinto hospitalar. Estes profissionais têm competências específicas referente à atuação à PSC, sendo uma extensão do hospital à comunidade. A ativação da VMER é feita através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), assim como, a transmissão de dados relativamente ao incidente para o qual foi feita a ativação. Após a chegada ao local, o objetivo principal é a estabilização da PSC e o acompanhamento da mesma até ao hospital.

O segundo estágio foi realizado na UCI, num hospital privado na área metropolitana de Lisboa. Este constitui-se em dois níveis de cuidados: nível II e nível III. Está compreendido no nível II, ou intermédio, a alocação de pessoas que necessitem de monitorização hemodinâmica e suporte farmacológico com falência de um só sistema de órgãos vitais. Já o nível III, ou intensivo, dá resposta a pessoas com, no mínimo, dois sistemas de órgãos em falência aguda, com risco imediato de vida (Fernandes, 2024).

Nesta UCI, fazem parte da equipa multidisciplinar a equipa médica, de enfermagem, de técnicos auxiliares de saúde, administrativos e funcionárias do serviço de limpeza. Tem um total de 49 enfermeiros distribuídos por 5 equipas, em que 4 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC. Compreende um total de 14 quartos, sendo que 2 deles de pressão negativa, muito utilizados para pessoas que necessitem de isolamento de gotículas. Faz ainda parte deste serviço, a unidade de vigilância intensiva, sendo uma unidade que tem alocada apenas pessoas que necessitem de cuidados de nível II, pós-cirúrgicos com baixo risco de instabilidade hemodinâmica e pessoas com a previsão de alta breve. Esta unidade contém nove quartos, sendo cinco individuais.

Na UCI são admitidas pessoas maioritariamente do atendimento permanente, bloco operatório, sala de hemodinâmica e de outros hospitais do grupo privado que necessitem de cuidados mais especializados e diferenciados, sendo uma unidade de referência. Neste contexto, são realizados diversos tipos de procedimentos, para que tentam promover a estabilidade orgânica/multiorgânica e a recuperação total da pessoa, como técnicas de substituição renal, Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO), ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, ajuste de desequilíbrios gasimétricos e cuidados pós-operatórios, nomeadamente, cirurgias cardíacas e neurológicas.

Na UCI, a metodologia de trabalho utilizada é o enfermeiro responsável, o que não invalida a que este possa recorrer e/ou ajudar outro colega, priorizando o bem-estar e a segurança da pessoa. Cada enfermeiro, dependendo do nível de gravidade da pessoa, do turno e/ou da lotação da unidade é responsável, por duas pessoas no turno.

Na UCICOR, sendo uma unidade de referência nacional no tratamento de patologias do foro cardíaco, assim como, na monitorização e rápida recuperação de pessoas intervencionadas, promovendo a uma hospitalização saudável. O serviço de Cardiologia tem compreendido cinco áreas que se dinamizam e apoiam-se entre si, sendo elas, a UCICOR, a sala de

hemodinâmica, unidade de internamento rápido (UNIR), a unidade de eletrofisiologia e a enfermaria.

A UCICOR destina-se a pessoas provenientes, principalmente, da sala de hemodinâmica e serviço de urgência geral. Pode, ainda, admitir pessoas de qualquer serviço do meio hospitalar que necessitem apenas de cuidados do foro cardiológico ou de outras ULS, que não contenham especialidade de Cardiologia e/ou métodos de diagnóstico avançado como o cateterismo cardíaco e angioplastia.

A UCICOR tem na sua constituição 6 camas, em espaço aberto, todas elas com capacidade de monitorização eletrocardiográfica, rampas de oxigénio, seringas e bombas infusoras. Na UCICOR existe também a capacidade de ventilação não invasiva e ventilação mecânica invasiva através de um ventilador portátil. Uma das camas da UCICOR está reservada para a Via Verde Coronária. Relativamente à equipa de enfermagem, esta unidade, apesar de pertencer ao serviço de Cardiologia, apenas EE ou com um elevado grau de experiência profissional podem realizar turnos. No total o serviço de cardiologia é composto por 42 enfermeiros distribuídos por 5 equipas, existindo 1 enfermeira-chefe de serviço, 1 segundo elemento que substitui a chefe de serviço em caso de ausência, 36 enfermeiros que prestam cuidados gerais na enfermaria, unidade de eletrofisiologia e UNIR, 4 elementos que fazem parte da sala de hemodinâmica. Dos 36 elementos referidos anteriormente, apenas 14 podem realizar turnos na UCICOR. O rácio mínimo estabelecido por turno na UCICOR é de 2 enfermeiros. Na equipa de enfermagem do serviço de cardiologia há um total de 12 EE, sendo 8 na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica na PSC, 3 em Enfermagem de Reabilitação e 1 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Além dos enfermeiros, fazem parte da equipa multidisciplinar a equipa médica, técnicos auxiliares de saúde, administrativos, técnicos de cardiopneumologia, técnicos de radiologia e funcionários do serviço de limpeza.

A sala de hemodinâmica e a sala de eletrofisiologia são serviços integrantes e que se articulam com o serviço de cardiologia, sendo a sala de hemodinâmica gerida por um coordenador, EE, que realiza o horário de trabalho da equipa de enfermagem e dos técnicos auxiliares de saúde. Além disto, tem de realizar escalas de prevenção, pois é um serviço que funciona das 8 horas às 20 horas, de segunda a sexta-feira, tendo em caso de situações agudas, com a ativação da via verde coronária funcionar fora do horário normal para realização de procedimentos urgentes, sendo um hospital de referência a nível regional.

O último campo de estágio foi realizado na VMER, cujo maior objetivo é a chegada e a abordagem rápida às vítimas no local de ação, estabilizando-as e acompanhando-as durante o transporte até ao hospital mais adequado para o seu tratamento. Com o funcionamento da VMER é garantida a prestação imediata e qualidade de cuidados junto das PSC no seio da comunidade.

Esta VMER abrange vários concelhos, sendo a sua área de atuação bastante alargada. Pode, inclusive, ser ativada para fora da sua área de atuação, devido a ocorrências a nível da VMER que nesses concelhos atua. As ocorrências pela qual a VMER é ativada são normalmente emergências médicas, pediátricas, obstétricas e de trauma.

A equipa da VMER desta ULS é composta por 22 médicos e 20 enfermeiros, todos com uma formação diferenciada e especializada.

## **2.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem**

É reconhecido competências específicas ao EE para que preste intervenções especializadas nas diferentes áreas de especialidade de enfermagem envolvendo dimensões da educação para as pessoas, técnicas de liderança, aconselhamento e orientação e desenvolvimento de investigação científica de modo a que permita o avanço e melhoria contínua da prática de enfermagem (OE, 2019). Desta forma, as competências comuns dividem-se em quatro grandes domínios, que iremos analisar de seguida.

### **A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

“A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p. 4746).

Inclui-se, neste domínio de competências também a competência de mestre “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir

juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei n° 65/2018, p. 4162).

Os enfermeiros regem-se pela sua prática baseada no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), em que estes devem ter um comportamento responsável e ético, maximizando o respeito e os interesses da pessoa (OE, 2015).

São pilares da prática de Enfermagem, as intervenções realizadas com base nos princípios éticos, legais e deontológicos acompanhados da reflexão de cada profissional com a ambição de melhoria contínua dos cuidados e a aquisição de conhecimentos melhorando a sua segurança e a tomada decisão. A importância da enfermagem especializada é cada vez mais preponderante, pois em contextos de SUGP e UCI a carga de trabalho, o stress e o ritmo são cada vez maiores, com recursos humanos limitados, sendo necessário ser dada uma resposta eficiente e no menor tempo possível (Liu et al., 2023). Nos diferentes campos de estágio (SUGP, UCI, UCICOR, VMER), tivemos o cuidado de nos primeiros turnos, perceber a dinâmica do serviço, o espaço físico e dos recursos materiais. Ao nível do SUGP, devido à nossa experiência profissional, conseguimos ambientar-nos facilmente, pois já conhecíamos algumas dinâmicas. No entanto, sendo um SUGP de um hospital central, havia certas dinâmicas que diferenciavam do nosso contexto laboral o que exigiu uma adaptação da forma de trabalhar habitual. Na UCI e na UCICOR houve uma familiarização com alguns dos recursos tecnológicos, no entanto, naqueles que não conhecíamos e/ou não tínhamos a destreza necessária para o manuseamento dos mesmos, procurámos desenvolver competências através da leitura de literatura científica e junto da equipa de enfermagem. Na VMER, sendo um local menor a nível de espaço físico, houve uma maior facilidade em perceber a localização dos diferentes recursos materiais e dinâmica da mesma, tendo todo o material organizado separadamente em mochilas de forma a agir rápida e eficientemente consoante a característica da ativação.

No contexto do SUGP, a dificuldade de respeitar a dignidade da pessoa é uma tarefa árdua devido a vários fatores como a elevada afluência de pessoas, o desajuste dos rácios, assim como a pouca privacidade. Devido ao espaço físico e a constante sobrelotação do serviço a distância entre macas prejudica a privacidade das pessoas em área de ambulatório. Sabendo que a distância mínima recomendada entre macas é de 90 centímetros (Portaria n° 90/2024, p. 9), verificámos que no SUGP a necessidade de manter pessoas de maca em corredores ou com uma distância menor a 90 centímetros é recorrente, sendo uma dinâmica integrada a

utilização de biombos e/ou cortinas de forma a tentar reduzir a exposição e vulnerabilidade da pessoa, dando-lhe alguma dignidade numa fase de doença aguda. Importa referir que todas as pessoas têm direito ao respeito pela sua privacidade de acordo com o dever deontológico do enfermeiro (Lei nº 156/2015, 2015).

Trabalhando num serviço de urgência fez com que refletíssemos em algumas medidas e intervenções realizadas, tendo uma maior preocupação com esse grande fator que é o lado humano, pois a pressão exercida para a resposta necessária à larga afluência existente faz, com que cumpramos as intervenções mínimas necessárias, descartando involuntariamente o lado emocional da pessoa tendo, deste modo, o curso de mestrado ter sido uma ferramenta importante para que estejamos mais alerta e possamos melhorar os cuidados à pessoa garantindo-lhe todo o respeito e dignidade que merece e a que tem direito. Houve sempre a preocupação da utilização de biombos/cortinas ou de mobilizar a pessoa para uma sala para que esta se sinta o mínimo exposta e segura em procedimentos mais invasivos, dando-lhe a privacidade necessária para que o transtorno causado seja o menor possível.

Na UCI, o ambiente é muito mais controlado nas entradas e saídas de pessoas estranhas ao serviço, com menor afluência, quartos individuais, cortinas e porta automáticas, facilitando a garantia da privacidade das pessoas. Na UCICOR, a disponibilização das camas é numa sala ampla, em que cada uma está separada por cortinas permitindo desta forma criar a privacidade necessária para as pessoas ali internadas. Na VMER o ambiente é algo mais difícil de controlar, pois depende sempre do local onde a ativação for feita e da instabilidade da PSC, sendo a primazia estabilizar a mesma numa fase precoce e garantir a privacidade e segurança da mesma.

A confidencialidade e o sigilo profissional são problemas existentes no SUGP, UCI e UCICOR, pois no caso do SUGP a passagem de turno é realizada junto das macas e/ou cadeirões, em plena sala de espera, possibilitando que qualquer pessoa possa ouvir o conteúdo afeto à passagem de turno. Na UCI a passagem de turno era realizada no balcão junto do computador, em pleno corredor em que, apesar de um ambiente mais controlado quanto à entrada e saída de pessoas, podia acontecer existir a passagem de algum familiar ou outro profissional não afeto aos cuidados de saúde. Em ambas as situações foi verificada esta problemática, no entanto a inexistência de sala para a realização da passagem de informação foi um obstáculo para que fosse esta fosse ultrapassada. Na UCICOR a passagem de turno era realizada dentro da unidade, porém afastada das pessoas internadas de forma a garantir o sigilo da informação garantindo a segurança da pessoa na passagem de turno. De acordo com

a OE, referente ao artigo 106º, alínea b) “o enfermeiro deve partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico (...)” (Lei nº 156/2015, p. 8079).

Como futuro EEEMCPSC, refletindo sobre a prática realizada, considero ter sido possível manter a segurança das pessoas, promovendo intervenções em prol da dignidade e privacidade das mesmas. Houve sempre a consciência e a tentativa de diminuir a exposição das pessoas, tendo em conta os espaços físicos a que estas estavam sujeitas, envolver a pessoa e família nas tomadas de decisão referente aos cuidados à mesma e garantir o sigilo através de uma passagem de turno em tom baixo e cuidada, tendo em atenção o ambiente envolvente. Em situações de emergência/reanimação, houve o cuidado de não expor fisicamente a pessoa, tentando utilizar lençol, biombos e encerrar a porta da sala de reanimação ou quarto, estando apenas presente quem estava a realizar cuidados à mesma.

A multiculturalidade também foi um aspeto que tivemos de considerar, tendo de adequar as intervenções durante o tempo de estágio, ultrapassando a barreira linguística, respeitando a cultura e a ideologia das mesmas, privilegiando o seu bem-estar.

Consideramos que apesar das dificuldades existentes, principalmente no SUGP, em que o ambiente é difícil de controlar, agiu-se de forma a garantir uma prática profissional enquadrada no código ético deontológico e jurídico e, desta forma, a competência ter sido cumprida.

#### B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

“B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação

B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p. 4747).

Para este domínio de competências é abrangida a competência de mestre “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Decreto-Lei nº 65/2018, p. 4162).

Os EEEMCPSC são “uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português” (Diário da República, 2015, p.17241,

sendo deste modo as três competências deste domínio fulcrais para a intervenção segura e especializada do enfermeiro. O EE tem sido importante na evolução e procura da melhoria continua de cuidados, promovendo a dignificação e valorização da profissão de enfermagem, sendo “reconhecidos como elementos-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica” (Diário da República, 2015, p. 17241). Cada vez mais há uma maior preocupação por parte das equipas de enfermagem quanto à melhoria dos cuidados de saúde tentando-se promover estratégias para que haja uma maior segurança e domínio das intervenções, melhorando os cuidados à PSC.

É de salientar o desenvolvimento profissional realizado e o interesse demonstrado na melhoria continua de cuidados no contexto profissional onde desempenha funções, o serviço de urgência. Integramos um grupo de trabalho que incide na “Otimização dos Cuidados à pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio”, e a partir do conhecimento desenvolvido em contexto de estágio foi elaborado um fluxograma Via Verde Coronária: Triage e o Passaporte Via Verde Coronária (Apêndice III), de forma a promover o rápido diagnóstico de EAM e monitorizar a PSC, permitindo cumprir os tempos janela estabelecidos. Sendo o SUGP, um serviço dinamizador e de referência, foi com base no procedimento realizado relativamente à PSC com EAM que foram desenvolvidos o fluxograma e o passaporte acima referidos, partilhando-o no nosso contexto laboral.

Em complementaridade do contributo teórico obtido no curso de mestrado, os estágios são uma mais-valia para que se aplique na prática as competências do domínio da melhoria continua da qualidade, através da integração e colaboração em projetos e/ou atualização de normas/procedimentos. No SUGP, em conjunto com a enfermeira orientadora conseguimos contribuir com a evidência científica na atualização do procedimento da colheita de hemoculturas, tendo sido identificada uma prática de risco no procedimento, que impulsionou a sua reformulação com base nas novas *guidelines* sobre o tema.

Na UCI, as intervenções de enfermagem devem ser de excelência, promovendo um cuidado seguro e diferenciado. Desta forma, é factível que durante o estágio conseguimos adequar as nossas intervenções à conduta e exigência do serviço.

É de destacar a realização de um póster com o título “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Submetida a Cateterismo Cardíaco” (Apêndice IV), algo pertinente para o serviço pois, em conjunto com a enfermeira orientadora, foi identificado que a intervenção de enfermagem no pós-cateterismo não estava em congruência com as novas *guidelines*,

nomeadamente no que diz respeito ao levante precoce, pois este não era realizado após 3 horas do cateterismo cardíaco por via radial ou 6 horas após por via femoral. Assim, foi atualizada a informação sobre a temática, melhorando as intervenções de enfermagem a pessoas submetidas a este tipo de procedimento. Importa ainda referir, que sendo um hospital privado, viu-se realçada a preocupação demonstrada por parte dos profissionais de saúde relativamente aos recursos materiais utilizados, tendo em conta os gastos económicos dos mesmos, havendo um maior controlo do que é a necessidade e utilização do material, exigindo uma melhor eficiência no seu uso. Na UCICOR, tivemos a oportunidade de realizar um turno no grupo de indicadores, auditoria e risco clínico (GIARC), pois a enfermeira orientadora faz parte do grupo de gestão de risco, possibilitando a observação do funcionamento do grupo e como eram dadas as respostas às problemáticas identificadas. O GIARC recebe e analisa os incidentes, respondendo com estratégias de melhoria e monitorizando a prática de acordo com a resposta dada, de forma a evitar incidentes e reincidências (ULS X, 2016). A realização deste turno no GIARC possibilitou a perceção da articulação com o Conselho de Administração, assim como os diversos serviços da ULS, de forma a que fossem mobilizados recursos para que o problema existente fosse solucionado. É evidente e demonstrativo a importância dos EE nesta área, pois é através dos mesmos que se consegue identificar riscos ou incidências, reportar de forma adequada e, solucionar o problema, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Outro fator demonstrativo que garante a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, tem haver com a comunicação eficaz através da transmissão de informação sucinta e direta realizada nas passagens de turno. A transmissão de informação entre as diferentes equipas de enfermagem deve ser caracterizada pela comunicação eficaz tendo impacto direto na prestação de cuidados sendo, deste modo, importante a normalização da técnica Identificação, Situação, Histórico, Avaliação e Recomendação (ISBAR) (DGS, 2017). Esta mnemónica é utilizada e recomendada no cuidado à PSC, destacando-se pela promoção da comunicação eficaz e da segurança na transmissão de informação, uniformizando-se, assim, o uso do ISBAR (DGS, 2017). Esta ferramenta é utilizada, formalmente, ao nível da UCICOR, e informalmente na UCI e SUGP, ou seja, os profissionais de enfermagem, na passagem de informação entre eles, apesar de terem os dados clínicos e explaná-los de forma sucinta, não apresentam a informação organizada e estruturada de acordo com o referencial ISBAR.

Terminando, a administração medicamentosa é indispensável no que diz respeito à segurança da PSC, sendo um fator determinante a utilização de recursos informáticos para a facilitação

desta intervenção. Desta maneira, a Pyxis<sup>®</sup>, uma ferramenta pela qual não estávamos familiarizados, utilizada no SUGP, é uma mais-valia referente à segurança da PSC, pois só é fornecido o medicamento após confirmar-se a pessoa, a dose, a via e o horário certo registando na mesma a administração da medicação. Nos outros campos de estágio foi utilizado o registo informático através da utilização da folha terapêutica da pessoa, identificando a medicação e confirmando-a antes da sua administração.

Desta forma, considera-se que através do trabalho realizado e da partilha conhecimento, quer adquirido quer transmitido, desenvolveram e melhoraram a intervenção centrada na segurança e qualidade dos cuidados, tendo sido adquirido competências para que o domínio fosse atingido.

#### C- Domínio da Gestão dos Cuidados

“C1- Dirige os cuidados de enfermagem, potencializando a resposta da equipa e a articulação com os pares

C2 - Adequa a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, salvaguardando a qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4748).

Para este domínio é incluída a competência de mestre referente “saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão adquiridos, de forma a evidenciarem uma abordagem profissional ao trabalho desenvolvido na sua área vocacional” (Decreto-Lei n° 65/2018, p. 4162).

O EE é um pilar essencial na resposta às necessidades clínicas, humanas, organizacionais e materiais nos diferentes contextos de prestação de cuidados. Ao longo de todos os estágios, existiram diversas oportunidades para consolidar esta competência através da gestão clínica e efetividade de cuidados. Para isto, houve a necessidade de compreender o funcionamento dos diversos serviços, a dinâmica das equipas e o reconhecimento das necessidades essenciais das PSC.

No SUGP, devido à elevada afluência, complexidade de cuidados e falta de recursos humanos, é primordial identificar prioridades, gerir o tempo de forma adequada e ter uma boa comunicação interpessoal. Cada elemento deve ter consciência da intervenção a cumprir estando coordenado com a restante equipa. A enfermeira orientadora era um elemento de referência na equipa, sendo diversas vezes consultada para colaborar na tomada de decisões

no decorrer do turno. Na sala de reanimação, maioritariamente eram colocados enfermeiros especialistas, tendo em conta o grau de exigência. As equipas eram todas chefiadas por EE, tendo cada uma delas quatro elementos de referência, tendo em conta a experiência dos mesmos.

Houve a possibilidade de, no decorrer deste estágio, assistirmos à importância do EE com função de chefia de equipa, não só na articulação da equipa de enfermagem e de técnicos auxiliares de saúde, mas também com a equipa médica, ao nível de gestão de vagas e transferência de pessoas para as respetivas áreas de especialidade de internamento. É importante que o EE consiga promover o bom funcionamento do serviço, adequando a sua forma de liderança, supervisionando a execução de cuidados, ser um apoio emocional para a equipa, maximizando o desempenho da equipa.

A UCI, onde o ambiente controlado é fator fulcral para o bom funcionamento da mesma, é necessário adotar uma postura de ponderada e dinâmica, para uma integração facilitadora dentro da equipa. São parte integrante da prática a tecnologia avançada e a monitorização contínua de todas as pessoas internadas exigindo intervenções mais técnicas, mas não, por isso, menos humanas. Foi exequível em diversos momentos desenvolvermos e compreendermos as competências de supervisão e gestão de turno, pois a enfermeira orientadora, assumiu por diversas vezes o papel de enfermeira gestora de turno. Deste modo, adquirimos e reunimos conhecimentos para que fizéssemos parte da tomada de decisão, garantindo a segurança e um ambiente saudável na unidade.

Na UCICOR, à semelhança da UCI, a gestão do serviço tem menos flutuações ao nível da estabilidade que é esperada com que o turno corra, sendo algo positivo, pois todos os profissionais estão perfeitamente integrados e conscientes das intervenções a realizar de forma a harmonizar o trabalho a realizar. A enfermeira orientadora, sendo EE, era chefe de umas das equipas de enfermagem, sendo a gestora de turno, tendo com isto promovido a que desenvolvesse valências de supervisão e gestão clínica. Houve, também, a colaboração com a enfermeira orientadora no âmbito da reposição de material e de pedidos de reposição de terapêutica à farmácia hospitalar, através do *E-kanban*. Houve a possibilidade de realizarmos turnos na sala de hemodinâmica, em que, sendo a nossa temática de estudo relacionada com o cateterismo cardíaco, foi uma experiência gratificante para adquirir e desenvolver competências nesta área, tendo contacto direto com o procedimento em si, potenciando a perceção da atuação do enfermeiro, a comunicação entre profissionais e a transmissão de cuidados pós-procedimento à PSC. Esta experiência ajudou a evidenciar que

o EE, ao atuar nesta área, não só aplica conhecimentos técnico-científicos como também lidera intervenções centradas na pessoa, com foco na vigilância, segurança e humanização dos cuidados, diminuindo riscos e otimizando os resultados clínicos.

No contexto da VMER, a gestão difere para os restantes serviços, pois a equipa por turno é composta por um médico e um enfermeiro, ambos com competências delineadas para que após a ativação da mesma, tudo esteja organizado e controlado dentro da possibilidade. A tomada de decisão tem de ser rápida exigindo um conhecimento diferenciado promovendo a segurança na liderança. O ambiente desconhecido e os recursos limitados, obrigam a que estes profissionais estejam alinhados, realizando um planeamento prévio das suas ações tendo em conta a característica da ativação. Neste sentido, é primordial a preparação atempada das diferentes mochilas (pediátrica, trauma e de primeira abordagem) e adaptar rapidamente ao que possa ocorrer inesperadamente. Desta forma, foi importante a nossa adaptabilidade à equipa, promovendo um ambiente seguro e um bom o espírito de equipa, mesmo em situações de stress.

Nos campos de estágio supracitados, o nível de complexidade das PSC era variável, pelo que tivemos de gerir o tempo adequadamente e planear cuidados diferenciados consoante a problemática das pessoas. A articulação com a equipa médica e técnicos auxiliares de saúde, seja na tomada de decisão, seja na prestação direta de cuidados é importante, pois a otimização do planeamento de cuidados no turno é fulcral para a prevenção de intercorrências. Nesta medida, a delegação de tarefas, em alguns momentos, está integrada nos cuidados de saúde, no entanto, a responsabilidade pela correta execução dessas mesmas tarefas é de quem as delega, sendo a supervisão clínica um fator importantíssimo no que é a atuação do EE. Este deve ter plena confiança na equipa, ajudando na orientação e responsabilidade das tarefas a que cada um é sujeito, de forma a garantir a segurança e o alinhamento de práticas dentro do serviço e equipa. A gestão eficiente dos cuidados passa igualmente pela capacidade de reconhecer, dentro do serviço e da equipa, os limites dos recursos disponíveis e encontrar soluções adequadas ao contexto. Conseguimos desenvolver, nos diversos contextos de estágio e de forma progressiva, a competência de adaptação da liderança às circunstâncias envolventes, através da observação da atuação das enfermeiras orientadoras, sendo referências para a equipa nos seus respetivos serviços. Nas diversas oportunidades foi adotada uma liderança com base na motivação, confiança e participação para que a colaboração multidisciplinar, o trabalho em equipa e o ambiente terapêutico promovessem a segurança e a eficiência no trabalho.

Importa referir a importância das UC teóricas ao longo do curso de mestrado “Relação e Comunicação em Saúde” e “Gestão em Saúde” que promoveram o desenvolvimento e aquisição de competências ao nível da gestão de conflitos, gestão de emoções, trabalho de equipa, comunicação multidisciplinar, comunicação com a PSC e família, o papel do EE na gestão de recursos humanos e estratégias promotoras da qualidade e segurança nos cuidados de saúde. Estas ferramentas teóricas foram fundamentais para a atuação na prática clínica ser segura, eficaz e centrada na pessoa nos diferentes campos de estágio.

Neste sentido, através do explanado com a obtenção do conhecimento das normas e funcionalidades dos diferentes serviços, da gestão adequada dos cuidados de enfermagem em consonância com as diversas equipas multidisciplinares e na observação e colaboração na liderança e gestão dos recursos, as competências relativas ao domínio da gestão de cuidados foram adquiridas.

#### D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

“D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2- Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2019, p.4749).

A competência de mestre que se inclui para este domínio é, citando: “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n° 65/2018, p. 4162).

O EE deve ter a capacidade de autorreflexão, ser assertivo, ter autoconhecimento e ter como base do seu conhecimento evidência científica atualizada, de modo a ter segurança nas suas ações, ser reconhecido pelos demais e ser um elemento que garanta a estabilidade emocional de toda a equipa. Deve ter a perceção das suas limitações e ter a responsabilidade de trabalhá-las de modo a ultrapassar as mesmas melhorando a sua prática diária. Este foi um procedimento transversal a todos os campos de estágio em que foi trabalhado a reflexão crítica, a partilha de conhecimento com os enfermeiros orientadores e restantes equipas consolidando, deste modo, a prática clínica especializada com base na evidência científica. Atendendo aos contextos clínicos desafiantes e conjugando com a prática laboral, houve a necessidade de manter o equilíbrio emocional demonstrando uma grande maturidade nesse sentido, pois o esforço físico exigido e a privação de hábitos de vida existentes podem ser

fatores que influenciam e causam esgotamento mental. Além disto, a preparação e conhecimento técnico foram ferramentas francamente mobilizadas em todos os campos de estágio, havendo a necessidade de melhorar e capacitar-nos previamente para a realização de procedimentos desconhecidos e pouco familiarizados. A capacidade de gestão dos cuidados à PSC promove o desenvolvimento do controlo emocional e das intervenções realizadas.

Na UCI e UCICOR, ambientes desconhecidos face à prática laboral, foram identificados diversos procedimentos tecnicamente exigentes como as técnicas de hemodiálise, ECMO, a ventilação invasiva, a observação da realização de implantação de pacemaker e de tratamento de fibrilações auriculares e observação e participação no procedimento cateterismo cardíaco, assim como, a utilização de escalas indicadas para a PSC internada nestes serviços como a escala de *behavioral pain scale* (BPS) (Anexo I), Rass (Anexo II), índice bispectral (BIS) (Anexo III) e Guss (Anexo IV). Não tivemos a oportunidade de ver a PSC conectada a ECMO. No entanto, foi realizada uma formação informal do uso da mesma por um enfermeiro do serviço. Houve a necessidade de alargarmos conhecimentos nestas vertentes, com a colaboração das enfermeiras orientadoras, promovendo a segurança e a melhoria dos cuidados à PSC. Deste modo, o desenvolvimento do pensamento crítico foi fundamental para acompanharmos as exigências inerentes aos cuidados prestados nos diferentes serviços.

Na VMER, o stress emocional, a atuação súbita e inesperada leva a que o controlo emocional seja fulcral para a capacidade de atuação em situações de elevada pressão. Sem dúvida, o campo de estágio emocionalmente mais intenso e que melhor prepara a resposta emocional, pois cada saída da VMER é uma incógnita podendo, por vezes, ver situações chocantes ou, até mesmo, trágicas. A imprevisibilidade do contexto pré-hospitalar exige decisões rápidas, segurança nas intervenções, liderança situacional e trabalho em equipa. Assim, conseguimos consolidar as competências adquiridas, tomar consciência dos limites existentes e agir com segurança.

Algo comum a todos os campos de estágio foi a capacidade de adaptação e comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, com a PSC e familiares, promovendo respeito das decisões clínicas salvaguardando os desejos e a segurança da PSC. Desta forma, além de diminuir a existência de conflitos, assegura a melhoria da qualidade de cuidados.

Nos diferentes estágios foi promovido a aplicação do conhecimento e partilha com os enfermeiros orientadores e restante equipa de enfermagem. No SUGP através da atualização da norma do procedimento de colheita de hemoculturas, promovendo a adesão dos enfermeiros à prática recomendada tendo em conta as *guidelines* mais recentes. Na UCI, através da elaboração de um póster sobre a intervenção de enfermagem à PSC submetida a cateterismo cardíaco com base na evidência científica mais recente foi promovido o conhecimento dos enfermeiros e os cuidados com as PSC submetidas a este tipo de procedimento. Na UCICOR através da observação e participação em procedimentos do foro cardíaco como o cateterismo, a ablação de fibrilhação auricular, a implantação de pacemaker e através da realização de um póster com as intervenções a realizar na abordagem à PSC pós PCR (Apêndice V), promovendo a aquisição de novos conhecimentos e consolidar o trabalho desenvolvido.

O autoconhecimento e a assertividade foram adquiridos e desenvolvidos de forma progressiva em ambientes exigentes e diferentes da prática laboral, sendo o controlo emocional, a entreaajuda e a comunicação decisivos para a segurança e qualidade dos cuidados. A realização de Jornais de Aprendizagem (Apêndice VIII) em contexto de estágio foram essenciais para a promoção do autoconhecimento, pois permitem refletir sobre experiências vivenciadas em contextos clínicos, com o intuito de melhorarmos o desempenho profissional e, conseqüentemente, a prática clínica. De igual modo, a procura fundamentada de técnicas e procedimentos foi importante para a aquisição de conhecimentos, assumindo uma formação contínua e autónoma para que a tomada de decisão fosse assertiva e benéfica para a PSC. As discussões com enfermeiros peritos nos diferentes campos de estágio foram indicadores positivos para a melhoria das intervenções de enfermagem, conseguindo identificar pontos fortes e fragilidades, estimulando a reflexão crítica e obtendo confiança e segurança, expressando dúvidas ou dificuldades. Deste modo, considera-se adquiridas as competências para o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

### **2.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem**

De acordo com a OE são consideradas competências específicas “as que decorrem 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” (OE, 2019, p. 4745). Tendo em conta a área de especialização, o foco é a PSC, que de acordo com a OE “(...) é aquela que a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende dos meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362). As intervenções de enfermagem à PSC “(...) exigem observação, colheita e procura contínua, de forma metódica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018, p. 19363). Desta forma, a OE definiu três competências específicas do EEEMCPSC, sendo elas: “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19359).

Na seguida reflexão, no âmbito das intervenções realizadas e da aquisição e desenvolvimentos das competências específicas do EEEMCPSC, as competências de mestre que se relacionam são: “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; (...) d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei nº 74/2006, p. 2246).

**“Cuida de pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19363).**

Como base no que diz respeito à aquisição e desenvolvimento de competências conforme explanado, importa referir a experiência profissional em serviço de Urgência Geral, em que apesar de apenas quatro anos de experiência, devido a exigência e há falta de recursos humanos, temos de ser dinâmicos e proativos na procura de conhecimentos específicos, diferenciados e na aquisição de ferramentas necessárias para uma melhor integração e prestação de cuidados de enfermagem à PSC. Apesar de termos experiência e formação em triagem de Manchester, em sala de reanimação/trauma e, também, em internamento polivalente de agudos, consideramos fundamental a mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos e desenvolvidos, tanto a nível das diversas UC do curso de mestrado, como em contexto de estágio através de partilha de conhecimento com os demais enfermeiros e equipa multidisciplinar e em contexto autónomo, com a pesquisa da evidência científica mais recente.

No contexto do estágio no SUGP, devido ao facto da experiência profissional apresentada, possibilitou-nos a uma rápida adaptação ao serviço, identificando pessoas com focos de instabilidade e priorizando a atuação célere perante as mesmas. Deve ser, o enfermeiro designado para a triagem, um elemento com experiência e capaz de perceber em pouco tempo a gravidade pela qual a pessoa se dirige ao serviço de Urgência, gerindo e interpretando a queixa da mesma, tentando priorizar a pessoa mais urgente e identificar a PSC com necessidade de cuidados imediatos. A utilização da ferramenta da Triagem de Manchester informatizada, permite percorrer diversos fluxogramas através do preenchimento de diversos campos até que se encontre o descritivo que vá ao encontro do motivo de vinda da pessoa, definindo, assim, a sua prioridade. A realização de triagem, algo que nos é comum, permitiu desenvolver, melhorar e mobilizar conhecimentos, identificando precocemente pessoas em situação crítica. Tendo em conta o contexto do estágio, os turnos foram realizados, maioritariamente, na SE permitindo verificar e atuar em conjunto com toda a equipa multidisciplinar em prol da estabilização e recuperação da PSC. Neste sentido, foi colocado na prática a abordagem: *Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure* (ABCDE), que ajuda na avaliação geral da pessoa, permitindo identificar e gerir as prioridades atendendo a gravidade, para que se resolva os problemas detetados (INEM, 2020). A importância da formação realizada em Suporte Avançado de Vida (SAV) e SAV Trauma, foram primordiais para uma melhor preparação teórica e segurança na SE,

conseguindo consolidar os conhecimentos juntamente com a atuação em momentos de PCR. Neste sentido, houve a oportunidade de assistirmos a diversas entubações orotraqueais, uma técnica que deve ser feita de forma criteriosa para prevenir complicações a ela associada. Após a estabilização da PSC, o chefe de equipa juntamente com o chefe de equipa médica, verifica as vagas existentes no Serviço de Medicina Intensiva e transfere-se a PSC, algo que tivemos a oportunidade de realizar.

Na SE houve a viabilidade de contactar com a PSC com EAM, realizando a sua preparação e transporte até outro hospital, dentro da ULS, para a realização de cateterismo cardíaco. Nesta situação é ativada a Via Verde Coronária contactando-se o CODU, preenchido o passaporte coronário e aguardar pelo transporte. O EAM é uma emergência médica em que a PSC deve estar na sala de hemodinâmica até duas horas, melhorando os seus *outcomes* (INEM, 2020). Neste sentido, foi exequível realizar transportes quer intra-hospitalar quer inter-hospitalar. Contextualizando, o transporte intra-hospitalar foi realizado no campo de estágio da UCICOR, em que eu e a enfermeira orientadora fomos buscar a PSC à sala de hemodinâmica. À chegada, foi transferida a informação pelo enfermeiro da sala, procedendo à passagem da PSC de maca, tendo especial atenção ao local de inserção do cateter e ter evitado esforços do membro por onde foi realizado o cateterismo cardíaco. Durante a transferência explicamos à PSC precauções e sinais de alerta após o cateterismo. O transporte inter-hospitalar foi realizado no campo de estágio do SUGP, em que foi ativada a Via Verde Coronária, havendo a necessidade de transferir a PSC para um hospital com sala de hemodinâmica, de modo a que esta pudesse realizar cateterismo cardíaco dentro do tempo janela. O transporte foi realizado com monitorização contínua através de pás adesivas e houve o controlo da dor com a realização de medidas farmacológicas.

Na UCI, a PSC tem elevada probabilidade de descompensação hemodinâmica e agravamento do seu estado geral, sendo importante a preparação e atuação dos enfermeiros para identificar precocemente alterações que promovam a instabilidade da PSC. Em casos de situações graves com baixa casuística, os EE ou peritos atuam explicando aos com menor experiência o que poderá estar a acontecer e o devem de fazer, de forma a incorporá-los nos cuidados, integrando-os e transmitindo-lhes informações de modo a que obtenham conhecimentos e capacidade de atuação em situações futuras.

O ambiente na UCI pode ser mais controlado em relação à afluência, no entanto, pode parecer mais complexo para a PSC e a sua família. O número de dispositivos que envolvem a unidade, como seringas, bombas, ventilador, técnicas de diálise e, também, técnicas

invasivas a que a PSC pode estar sujeita como linha arterial, cateter de hemodiálise, cateter venoso central, entubação orotraqueal, entubação nasogástrica e algaliação, são, por vezes, um choque para a família devido ao facto de verem o seu ente querido disposto e sujeito a todos aqueles dispositivos. A importância do EEEMCPSC nestas situações é identificar precocemente descompensações emocionais e mobilizar conhecimentos para que consiga dar o suporte que a família precisa, promovendo a estabilidade emocional e, com isto, uma relação terapêutica de modo a que seja aliviado o desconforto da família e que esta possa contribuir nos cuidados à PSC, através da ajuda na tomada de decisão, da presença física, no apoio ao processo de adaptação e recuperação e na transmissão dos desejos e preferências da PSC quando esta não pode comunicar. Para a PSC toda a situação em que se vê envolvida é deveras marcante e angustiante, o que leva a um frágil estado emocional, sendo preponderante a atuação do EEEMCPSC para que esta se sinta parte dos cuidados, familiarize-se com o ambiente e que tenha adquira o ânimo necessário para ultrapassar o foco de instabilidade responsável pela hospitalização.

Na UCICOR, o ambiente apresenta menos dispositivos envolventes, a PSC está quase sempre consciente e a família é muito participativa nos cuidados tendo um horário de visitas ajustável à necessidade das mesmas. Nesta unidade estão internadas PSC submetidas a cateterismo cardíaco, sendo a escolha deste campo de estágio associada a esse motivo, pois é um tema que nos interessa e pelo qual desenvolvemos o nosso projeto. Este campo de estágio deu-nos as ferramentas necessárias para que compreendêssemos e tivéssemos preparados para cuidar da PSC submetida a cateterismo cardíaco, mas não só, deu-nos oportunidades de realizar 1 turno de observação na implantação de pacemaker, da ablação de fibrilação auricular e realizar 3 turnos na sala de hemodinâmica, onde foi possível ver o procedimento de cateterismo cardíaco, algo gratificante para o nosso percurso académico e profissional.

A integração da família nos cuidados é parte integrante na intervenção de enfermagem, principalmente na UCICOR, realizando ensinamentos tanto à PSC e familiares sobre novas medidas a tomar de forma a diminuir as reincidências hospitalares por patologia do fôco cardíaco. Nesta medida, o conhecimento sobre o EAM e medidas de prevenção são fundamentais para que o EEEMCPSC possa transmitir de forma eficaz e clara toda a informação relacionada com a patologia do foro cardíaco, restabelecendo de forma célere a vida normal da PSC e família.

Na VMER é diferente, seguimos para uma saída em que o contexto é desconhecido, o ambiente pode ser descontrolado, existindo a necessidade de adotar estratégias e medidas

de trabalho em equipa para que seja promovido a estabilização rápida da PSC. Invadimos a privacidade da pessoa, no sentido que muitas das vezes as saídas ocorriam dentro do seu domicílio, sendo fulcral a comunicação eficaz e o estabelecimento de uma relação terapêutica imediata para que as intervenções possam ser ajustadas e geridas de maneira a dar resposta ao problema sentido pela PSC e familiares.

Foram lineares a todos os contextos de estágio, as transições sofridas e inesperadas pela PSC e os seus familiares, pois passam de um estado saudável para um estado de doença (transição saúde-doença) e os seus familiares vêem-se numa situação frágil e sensível em os seus hábitos de vida são alterados (transição situacional). Com o suporte da Teoria das Transições de Afaf Meleis ao longo de todo o percurso do curso de mestrado, foi possível identificarmos e atuarmos na parte emocional tanto da PSC como da sua família, ajudando na hospitalização e no sucesso das transições. Estas provocam instabilidade, incerteza e sofrimento e, devemos compreender todas as alterações físicas, emocionais e relacionais tendo uma intervenção holística centrada na pessoa e família.

Face ao explanado acima, consideramos desenvolvida e adquirida esta competência.

**“Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p. 19363)**

Primeiramente, achamos pertinente a desmistificação da competência acima referida, com recurso à OE (2018). No que diz respeito à situação de emergência, esta “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 deve ser realizada de forma imediata” (OE, 2018, p. 19362).

Referente à situação de exceção diz-nos que “consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018, p. 19362).

A catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil como o “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e,

eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Decreto-Lei nº 27/2006, citado por OE, 2018, p. 19362).

Estas três situações acima descritas, exigem que o EEEMCPSC tenha a capacidade de organização necessária para que através de um plano de cuidados eficiente possa dar uma resposta imediata e coordenada (OE, 2018).

Em todos os campos de estágio mostrámos interesse na procura junto da enfermeira orientadora dos planos de emergência interna, de evacuação dos serviços e, no caso do SUGP, da reestruturação que era necessária fazer para receber pessoas vítimas destas situações. Foi-nos fornecido em todos os contextos de estágio o plano supracitado e explicado de forma informal o mesmo. Durante o estágio tivemos a oportunidade de atuar perante várias situações de emergência demonstrando capacidade de resposta e atuação. No entanto, não houve a oportunidade de experienciar situações de catástrofe ou emergência com múltiplas pessoas afetadas e de fazermos parte da formulação de plano estratégico e/ou de emergência.

No SUGP verificamos o funcionamento da Via Verde AVC, Via Verde Coronária e Via Verde Trauma, pois sendo um Hospital de referência da zona da grande Lisboa e tendo especialidades como Neurologia, Neurocirurgia, Neurorradiologia, Ortopedia, Cirurgia, Cirurgia Plástica e Cirurgia Maxilo-Facial, muitas PSC são transportadas de outros hospitais para observação específica destas especialidades, sendo avaliadas em SE. Os enfermeiros ali distribuídos devem realizar intervenções para a estabilização e, posteriormente, encaminhamento para as especialidades conforme a sua indicação. Apesar de ser um serviço que não recebe Via Verde Coronária, tivemos a oportunidade de ativar a mesma sendo, neste caso, nós em conjunto com a enfermeira orientadora e o médico a realizar o transporte até um hospital com sala de hemodinâmica.

Devido ao facto de trabalharmos num serviço de urgência geral, temos formação em triagem e triagem de catástrofe, tendo a capacidade de resposta necessária ao nível desta área.

Foi possível em contexto da UC “Situação de emergência, exceção e catástrofe” adquirir e complementar conhecimentos como as vias verdes, o conceito de triagem e triagem de catástrofe e enfermagem forense. Foi ainda, desenvolvido um póster com tema “A importância da prática simulada dos Enfermeiros na resposta a Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe” (Apêndice VI), póster este que foi exposto nas III Jornadas de

Enfermagem-ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz (Anexo V). Na UC “Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica II” realizamos SAV e SAV Trauma com treino simulado, adquirindo e validando os conhecimentos adquiridos.

Tivemos, ainda, a oportunidade de participar como *role-players* no exercício EU MODEX, exercício este que consiste em treinar e testar equipas de resposta a emergências e catástrofes em conjunto com diferentes países da União Europeia, melhorando a preparação, resposta e cooperação destas mesmas equipas.

Além disto, foi desenvolvido um póster sobre a abordagem à PSC pós PCR, indo de encontro com a abordagem ABCDE, na UCICOR, que contribui para o desenvolvimento da competência supracitada, pois conseguimos dinamizar dentro da equipa de enfermagem um quadro com as intervenções de enfermagem específicas em casos de emergência, como a PCR.

Finalizando, apesar da falta de experiência em situações de exceção e catástrofe durante todos os campos de estágio, pensamos que através da procura de conhecimentos, quer com os enfermeiros orientadores quer com a pesquisa da evidência científica, da perceção da funcionalidade dos diferentes serviços em contexto de emergência, exceção e catástrofe, da realização do trabalho relacionado com a temática associada a esta competência e com a participação e formação na atuação em casos reais de catástrofe, foi possível a aquisição e o desenvolvimento da competência acima referida.

**“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19362)**

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são infeções adquiridas pelas pessoas durante as intervenções hospitalares, sendo os profissionais de saúde também abrangidos no contexto da prestação de cuidados (Nogueira, 2022). As IACS, correspondem a infeções adquiridas durante a permanência do doente numa unidade de saúde, nomeadamente durante o período de internamento e que não estavam presentes (detetadas) no momento da admissão (Pina et al., 2019).

As IACS são a problemática que mais afeta a segurança da pessoa sendo a qualidade dos cuidados um tema bastante estudado e de maior importância para os profissionais de saúde (Monteiro, 2018). É estimado que um terço das IACS possam ser prevenidas, sendo para isso necessário a criação e integração de estratégias dentro dos meios hospitalares (DGS, 2018).

Nesta perspetiva, o EEEMCPSC assume um papel de elevada responsabilidade e relevância, sendo fundamental para garantir a promoção de saúde e segurança das pessoas hospitalizadas. Além disso, deve atuar como elemento dinamizador dentro das equipas de saúde, incentivando ao envolvimento e ao compromisso coletivo na prevenção e controlo das IACS.

No estágio do SUGP, foi evidente o quão dinamizado e integrado estava nos profissionais os cuidados relativos a esta temática, mesmo com a rotatividade existente e o número de profissionais inerentes ao serviço. No SUGP estão afixados por todo o serviço posters alusivos à higienização das mãos, problemática que mais contribui para o aumento das IACS, sendo prática recorrente a realização da mesma de acordo com os 5 momentos para a higienização das mãos (OMS, 2020), assim como a presença de soluções antissépticas à base de álcool dispostos por todo o serviço. A utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), maioritariamente o uso de luvas, era prática recorrente, tendo sempre em conta o critério e a necessidade dos mesmos, evitando a existência de infeções cruzadas. A execução de intervenções como colheita de hemoculturas, colocação de sonda vesical, colocação de cateter venoso central, colocação de linha arterial, toracocentese, drenagem torácica são exemplos de procedimentos em que a utilização de técnica asséptica foi primordial diminuindo assim o risco das IACS. O facto de a enfermeira orientadora ser parte integrante do grupo que agiliza com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), foi um fator importante para o desenvolvimento de competências nesta área, no sentido, em que, sendo EE e um elemento dinamizador tivemos uma exigência superior para contribuir para a diminuição do risco das IACS. A supervisão da enfermeira orientadora através de auditorias à colocação de cateteres venosos periféricos e a segurança demonstrada no conhecimento sobre as IACS, foram preponderantes para o desenvolvimento de competências nesta área. A identificação correta e sinalizada de todos os lixos do serviço é algo que contribui para a diminuição da contaminação e possíveis acidentes, garantindo a segurança no meio hospitalar.

Durante este campo de estágio, em conjunto com a enfermeira orientadora, reformularmos a intervenção de enfermagem sobre a colheita de hemoculturas, atualizando a norma

existente, baseada na mais recente literatura científica, diminuindo o risco de infeção e de acidente de trabalho do profissional que realiza o procedimento.

Na UCI e UCICOR, sendo serviços em que a visita é prolongada, foi de elevada importância transmitir a importância da higienização das mãos às famílias envolvendo as mesmas na prevenção e controlo de infeção. Na UCI, todos os familiares além da higienização das mãos têm de utilizar avental e máscara cirúrgica junto da PSC. Em caso da PSC estar em isolamento, era adaptado o uso de EPI conforme a tipologia do isolamento.

Na UCICOR, em contexto da UNIR, foi possibilitado atuar no controlo de agentes antimicrobianos, pois é realizada a preparação das pessoas para a implantação de *pacemaker*, através da implementação do protocolo pré-cirúrgico. Este consiste na realização dos cuidados de higiene com toalhetas com clorhexidina e administração de 2 gramas de cefazolina, sendo estes prescritos antecipadamente pelo cardiologista.

A realização de colheitas de espécimes como as hemoculturas ou uroculturas antes da administração de antibioterapia são fatores, também, importantes para a diminuição das infeções na pessoa, conseguindo isolar o microrganismo e utilizar a antibioterapia mais indicada, diminuindo o tempo de hospitalização e, conseqüentemente, diminuir o risco de desenvolvimento de resistências aos antimicrobianos.

Devido à enfermeira orientadora na UCICOR trabalhar em conjunto com o GIARDC na gestão de risco, permitiu-nos reconhecer a importância do EE na identificação de incidentes, na transmissão de informação à gestão de risco e direção hospitalar, no estabelecer planos de ação, na monitorização dos planos propostos e na avaliação dos mesmos, promovendo a segurança hospitalar, dos profissionais de saúde e das pessoas hospitalizadas.

A possibilidade de realizarmos turnos no bloco operatório, para observação de uma cirurgia cardiotorácica, mais precisamente, um bypass coronário, foi preponderante na validação dos conhecimentos, pois a higienização das mãos e utilização de EPI é fundamental antes da entrada na sala operatória. Esta está sob pressão positiva, diminuindo o risco de IACS. Na sala de hemodinâmica e de eletrofisiologia o uso de EPI como a máscara, luvas e bata eram de uso obrigatório.

Na VMER, atendendo ao facto de que o ambiente em que a PSC se encontra é desconhecido para os profissionais de saúde, essencial que estes garantam medidas de segurança antes de poderem intervir. A abordagem à PSC era realizada sempre com a utilização de luvas e

máscara de modo a garantir a segurança tanto dos profissionais de saúde como da PSC e família, atendendo ao controlo comprometido do ambiente.

Em contexto da experiência profissional, adquirimos conhecimentos através na participação de ações de formação promovidos pelo serviço, com o nome “Colheita de hemoculturas” e “Algaliação”, sendo tópicos das temáticas o procedimento correto e a prevenção do risco de infeção e contaminação durante o procedimento.

Importa salientar a importância das UC do curso de mestrado, como a “Prevenção e controlo de infeção e da resistência antimicrobiana”, em que foram desenvolvidos e apresentados trabalhos, baseados na evidência científica recente, promovendo o desenvolvimento da competência em abordagem, como foi o caso do trabalho sobre a “Higiene Oral na Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação” com a realização de um póster ilustrativo (Apêndice VII).

Assim, a importância do EEEMCPSC no controlo e segurança das IACS é preponderante face ao risco que estas acarretam. Deve ser um elemento dinamizador e responsável na passagem de interesse para os colegas para que haja exigência na prática promovendo intervenções seguras à PSC. A proatividade demonstrada e a rápida integração nos diferentes serviços dos campos de estágio permitiram que desenvolvêssemos competências na prevenção do controlo das IACS.

Conforme o exposto, consideramos ter adquirido e desenvolvido com sucesso a competência acima referida.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório espelha toda a caminhada realizada durante todo o percurso formativo, que apesar de intensa e exigente, foi extremamente enriquecedora, rumo à consolidação do perfil de EEMCPSC, reconhecido pela OE, assim como, a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, de acordo com os descritores de Dublin.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, evidenciou-se a importância da intervenção do EE, tendo sido o maior desafio o estágio na UCI, pois era um serviço com o qual não estávamos familiarizados, tendo sido este o primeiro contacto neste contexto. Estando, nós, habituados ao contexto de Urgência Geral e ao seu “caos” que é habitual, realizar estágio numa UCI, com um ambiente muito tranquilo e controlado, onde é elevada a qualidade dos cuidados e a competência dos enfermeiros, sendo necessário, a procura constante da prática baseada na evidência, a formação contínua, de forma a acompanharmos a metodologia de trabalho ali desenvolvida. O envolvimento da pessoa e família é um fator preponderante nas intervenções de enfermagem na UCI, tendo os enfermeiros de assegurar os direitos éticos e legais dos mesmos. A centralidade dos cuidados na pessoa e família e/ou cuidador, a atuação proatividade do enfermeiro e a articulação entre o conhecimento técnico e a dimensão humana dos cuidados permitiram respostas eficazes e humanizadas mantendo uma visão holística. Neste sentido, a aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis revelou-se essencial para compreender a importância do EE na intervenção realizada à PSC e familiar e/ou cuidadores nos processos de transição, com o objetivo específico de fazer atingir as transições saudáveis.

O estágio na UCICOR foi o mais gratificante, pois sendo um serviço tão específico de cardiologia permitiu-nos adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, de acordo com o nosso alvo de interesse, sendo estas imprescindíveis à intervenção de enfermagem especializada à PSC submetida a cateterismo cardíaco, sendo atingidos os objetivos inicialmente delineados.

A realização da revisão scoping, permitiu-nos identificar, dentro da literatura existente, as categorias de intervenção de enfermagem, nomeadamente no intra-cateterismo cardíaco, pós cateterismo cardíaco, prevenção de complicações e, por último, a formação profissional. Esta revisão permitiu sustentar e validar as intervenções observadas e implementadas nos

diferentes serviços, reforçando e promovendo a importância da evidência científica no processo de tomada de decisão clínica.

Houve a oportunidade de desenvolver e contribuir com trabalhos académicos ao longo dos diversos estágios, melhorando e promovendo a partilha de conhecimentos, contribuindo para a melhoria dos cuidados realizados.

Contudo, é importante referenciar algumas limitações sentidas durante todo este percurso. A principal dificuldade sentida prende-se com a conciliação entre a realização do estágio, o cumprimento das exigências laborais e o desenvolvimento de trabalhos académicos. A deslocação entre os campos de estágio e o local de trabalho foi uma limitação, pois a somar ao acima referido, teríamos de contar com este fator o que beneficiava a escassez do tempo.

Em retrospectiva, consideramos que os objetivos delineados foram alcançados. Este percurso foi, sem dúvida, gratificante e uma mais-valia, pois permitiu-nos direcionar a nossa prática não só para as intervenções práticas, mas, também emocionais, vendo a PSC de uma forma holística. As intervenções especializadas à PSC, tem um impacto direto nos resultados clínicos, na qualidade e planeamento de cuidados melhorando a hospitalização e a experiência vivida pela PSC e família e/ou cuidador. O EE tem a responsabilidade de antecipar possíveis riscos, na tomada de decisões clínicas fundamentadas e na comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, PSC e família e/ou cuidador. O foco da sua intervenção deve ter em vista a segurança e dignidade da PSC, respeitando os códigos ético e deontológico.

A análise crítica das experiências vividas e dos desafios enfrentados promoveu a que desenvolvêssemos e crescêssemos a nível de autonomia, assertividade e pensamento reflexivo, passando por um crescimento contínuo. O presente relatório demonstra e representa o culminar de um processo académico exigente, com a certeza de que queremos manter este caminho da excelência dos cuidados e valorizar a profissão de enfermagem enquanto ciência da arte do cuidar. Deste modo, consideramos ter progredido significativamente no desenvolvimento profissional de enfermagem, adquirindo uma capacidade de reflexão crítica, competências e consolidação de conhecimentos durante todo o percurso formativo.

Deste modo, concluímos que a formação contínua e a investigação são fatores preponderantes no desenvolvimento da profissão e atuação de enfermagem, algo que tivemos o orgulho em contribuir.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akyirem, S., Forbes, A., Wad, J. L., & Due-Christensen, M. (2022). *Psychosocial interventions for adults with newly diagnosed chronic disease: A systematic review*. *Journal of Health Psychology, 27*(7), 1753-1782. <https://doi.org/10.1177/1359105321995916>
- Alencar, J., Silva, L., Macias, B., Cravo, D., Santos, L., Ferreira, J., & Sardinha, D. (2021). Uma revisão integrativa dos diagnósticos de enfermagem mais evidenciados no cateterismo cardíaco. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, 14*, e8948-e8948. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e8948.2021>
- Almeida, J., Santos, R., Pereira, C., & Rodrigues, M. (2022). Prevenção da nefropatia induzida por contraste em doentes críticos: Revisão sistemática da literatura. *Revista Enfermagem em Foco, 13*(2), 45-57.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- Anderson, E., & Gibson, M. (2021). Applying Transition Theory to Support Patients Through Health-Related Changes. *Journal of Advanced Nursing, 77*(10), 4050-4061. <https://doi.org/10.1111/jan.14920>
- Antunes, S. (2022). *Capacitar a pessoa em situação crítica no processo de transição saúde-doença* (Doctoral dissertation). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43577>
- Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Arsyad, D., Westerink, J., Cramer, M., Liem, I., Kusuma, Y., Ahsan, A., Arjuna, T., & Soewondo, P. (2022). Modifiable risk factors in adults with and without prior cardiovascular disease: Findings from the Indonesian National Basic Health Research. *BMC Public Health, 22*(1), 660. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13104-0>
- Birnbaum, Y., Rankinen, J., Jneid, H., Atar, D., & Nikus, K. (2022). *The role of ECG in the diagnosis and risk stratification of acute coronary syndromes: An old but indispensable tool*. *Current Cardiology Reports, 24*(2), 109-118. <https://doi.org/10.1007/s11886-021-01628-7>
- Bridges, W. (2017). *Managing transitions: Making the most of change* (25<sup>a</sup>ed.). Balance.
- Bridges, W. (2019). *Transitions: Making sense of life's changes* (40th ed.). Da Capo Lifelong Books.
- Bouchlarhem, A., Merimi, I., Bazid, Z., Ismaili, N., & El Ouafi, N. (2024). Radial approach reduces mortality in patients with ST-segment elevation myocardial infarction and cardiogenic shock. *Clinical Medicine Insights: Cardiology, 18*, 11795468241282855. <https://doi.org/10.1177/11795468241282855>
- Castro, C. (2016). "O internamento numa unidade de cuidados intensivos: a experiência vivida da pessoa em situação crítica: hospitalization in an intensive care unit: the lived experience of the person in critical situation". Doutoramento, 2016. <http://hdl.handle.net/10400.14/21609>.

ULS X. (2016). Regulamento do Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínicos -GIARC.

Chinn, P., & Kramer, M. (2018). *Knowledge development in nursing: Theory and process* (10<sup>th</sup> ed.). Elsevier.

Clur, L., & Barnard, A. (2024). Reconstructing a meaningful self: The identity work of people living with chronic disease. *Qualitative Health Research*.  
<https://doi.org/10.1177/10497323241303393>

Decreto-Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República. (2006). Diário da República: I série, n.º126. <https://files.dre.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>

Decreto-lei n.º 74/2006 de 24 de março da Assembleia da República (2006). Diário da República I Série, N.º 60. 2242-2257.  
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>

Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República: série, n.º 60.  
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Diário da República. (2015). Regulamento n.º 361/2015 - Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República, 2.ª série, N.º 123*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>

Diepen, S., Katz, J., Albert, N., Henry, T., Jacobs, A., Kapur, N., Kilic, A., Menon, V., Ohman, E., Sweitzer, N., Thiele, H., Washam, J., & Cohen, M. (2017). *Contemporary management of cardiogenic shock: A scientific statement from the American Heart Association*. *Circulation*, 136(16), e232-e268. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000525>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.pt/wp-saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>

Doorey, A., Turi, G., Lazzara, H., Casey, M., Kolm, P., Garrattt, K., & Weintraub, S. (2022). Safety gaps in medical team communication: Closing the loop on quality improvement efforts in the cardiac catheterization lab. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 99(7), 1953-1962. <https://doi.org/10.1002/ccd.30189>

Ferreira, M., Rodrigues, S., & Silva, C. (2023). Protocolo de vigilância do local de acesso vascular pós-cateterismo cardíaco: Avaliação da eficácia. *Revista Cuidarte*, 14(1), e2274.

Forooghy, M., Mottahedian, E., Hajzadeh, E., & Pishgoo, B. (2015). Effect of Music Therapy on Patients' Anxiety and Hemodynamic Parameters During Coronary Angioplasty: A Randomized Controlled Trial. *Nurs Midwifery Stud*.  
<https://doi.org/10.17795/nmsjournal25800>

Frias, A., & Santos, F. (2023). Conceções de enfermeiros sobre a comunicação na reunião de passagem de turno. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22110.  
<https://doi.org/10.12707/RVI22110>

- Garcia, M., Silva, V., Gonçalves, I., Queiroga, C., & Calzada, J. (2024). Terapias antitrombóticas na emergência para síndrome coronariana Aguda: uma revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(6), 4026-4034. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i6.14719>
- Gillingham, I., Neubeck, L., Williams, B., & Dawkes, S. (2020). Role expansion for nurses in the cardiac catheter laboratory: Findings from a systematic scoping review. *British Journal of Cardiac Nursing*, 15 (4), 1-14. <https://doi.org/10.12968/bjca.2019.0128>
- Gonçalves, L., Ribeiro, C., & Fernandes, J. (2023). Educação para a saúde em doentes críticos submetidos a cateterismo cardíaco: Revisão scoping. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, 12(1), 105-117. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.2025>
- Gonçalves, B. & Magalhães, C. (2024). Resposta pré-hospitalar do enfermeiro da ambulância suporte imediato de vida à pessoa com dor torácica aguda. *Revista de Enfermagem Referência*, 1-8. <https://doi.org/10.12707/RVI23.123.33412>
- Gonçalves, I., Amaral, J., Silva, V., & Orge, A. (2024). Transição hospital-domicílio da pessoa idosa à luz da Teoria de Afaf Meleis. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 18(1). <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.258534>
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hames, K., White, K., Ockerby, C., Williams, R., & Hutchinson, A. M. (2023). Patient perceptions of care quality and discharge information following same-day cardiac catheterization laboratory procedures: A mixed-methods study. *Nursing Open*, 10(5), 3263-3273. <https://doi.org/10.1002/nop2.1578>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M., Bucciarelli, C., Bueno, H. & Widimsky, P. (2017). 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 00, 1-66. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Im, E., & Meleis, A. (2021). *Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing*. Springer
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (INEM). (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (INEM) & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de suporte avançado de vida*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Menos mortes por enfarte agudo do miocárdio*. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?att\\_display=n&att\\_download=y&look\\_parentBoui=726921754](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?att_display=n&att_download=y&look_parentBoui=726921754)
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*: Browser 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/international-classification-nursing-practice-icnp>

- Kapur, N., Thayer, K., & Zweck, E. (2020). Cardiogenic shock in the setting of acute myocardial infarction. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 16(1), 16-21. <https://doi.org/10.14797/mdcj-16-1-16>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: II série, n.º 181. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Liu, S., Zhang, Y., Liu, Y., Han, P., Zhuang, Y., & Jiang, J. (2023). *The resilience of emergency and critical care nurses: A qualitative systematic review and meta-synthesis*. *Frontiers in Psychology*, 14, 1226703. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1226703>
- Lucaci, L. (2022). ST segment elevation. *Romanian Journal of Cardiology*, 32(2), 47-78. <https://doi.org/10.2478/rjc-2022-0014>
- Mall, A. (2019). Management of Patients With Femoral Arterial Sheaths Following Percutaneous Coronary Intervention. *Critical Care Nurse*. <https://doi.org/10.4037/ccn2019587>
- Martins, C., & Costa, P. (2022). Eficácia de métodos educativos em doentes submetidos a cateterismo cardíaco: Revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 40(1), 72-84.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle-Range and situation-specific theories in Nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2015). Transitions theory. *Nursing theories & nursing practice* (4th ed), pp. 361-380. F.A. Davis Company.
- Meleis, A. (2018). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (6th ed.). Wolters Kluwer
- Meleis, A. (2019). *Facilitating and managing transitions: An imperative for quality care*. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1), 1-3. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.famt>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory Author Information Article Tools. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, R., Rua, M., Santos, C., Novais, S., Mota, L., Príncipe, F., & Silva, M. (2021). Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 61-73. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.119>
- Merino, M., Silva, P., Carvalho, M., Pelloso, S., Baldissera, V., & Higarashi, I. (2018). Nursing theories in professional training and practice: Perception of postgraduate nursing students. *Revista Rene*, 19, e3363. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193363>
- Mesquita, R., Adriaio, I., & Leite, C. (2021). A importância da assistência de enfermagem no cateterismo cardíaco: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10(16), p. e314101623678. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23678>
- Monteiro, D. (2018). *Infeções associadas aos cuidados de saúde: percepção da importância da higienização das mãos pelos profissionais de saúde na prevenção das infeções associadas*

aos cuidados de saúde (Bachelor's thesis). Universidade Fernando Pessoa.  
<https://core.ac.uk/download/pdf/161870933.pdf>

Nogueira, J. (2022). IACS: Efetividade da Estratégia Nacional de Prevenção e Controlo. (Tese de Mestrado, de Medicina de Coimbra).  
<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/102533/1/Tese%20MIM%20%20Jo%C3%A3o%20Gon%C3%A7alves%20Nogueira.pdf>

Oliveira, C., Souza, F., Paula, I., Oliveira, J., Bittencourt, M., Silva, P., & Martins, T. (2024). Papel da enfermagem na prevenção do infarto agudo do miocárdio. *Revista Contemporânea*, 4(6), e4422. <https://doi.org/10.56083/RCV4N6-135>

Oliveira, L., Martins, C., Fontinele, A., Oliveira, C., Araújo, M., & Souza, J. (2019). Cuidados de Enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of surgery and clinical research*, 28(3), 77- 79. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-239>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf) Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento no 429/2018 - 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 peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135 de 16 de julho, p. 19359- 19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.ª Série, Nº 26, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Your 5 moments for hand hygiene*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/331961>

Organização Mundial da Saúde. (2024). *Cardiovascular diseases*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/cardiovascular-diseases>

Ornellas, T., & Monteiro, M. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, Série VI(2), e22055. <https://doi.org/10.12707/RVI22055>

Paniago, C., (2018). *Cuidados de enfermagem pré cateterismo cardíaco e pós cateterismo cardíaco: uma revisão integrativa*. [Repositório digital, Universidade Federal de Uberlândia]. <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/21966>

Pina, E., Ferreira, E., & Sousa-Uva, M. (2019). Infecções associadas aos cuidados de saúde. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde (2ªed., pp. 137-159)*. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). <https://doi.org/10.7476/9788575416419>

Portaria nº 90/2024 da Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2024). *Diário da República*: 1ª série, nº 50. 78-121 <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/03/05000/0007800121.pdf>

- Ramadan, S., Ali, A., El-Nady, E., & Abo Seaada, A. (2023). Effect of changing angle of bed on pain severity and vascular complications among cardiac catheterization patients. *Mansoura Nursing Journal*, 10(2), 397-407. <https://doi.org/10.21608/mnj.2023.340523>
- Régis, A., Rosa, G., & Lunelli, T. (2017). Cuidados de enfermagem no cateterismo cardíaco e angioplastia coronariana: desenvolvimento de um instrumento. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 7(21), 03-20. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.21.3-20>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(2), e3970016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship* 26(2),119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). *Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para enfermagem de reabilitação*. <https://www.researchgate.net/publication/337313131>
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2025). *Relatório oficial do Registo Nacional de Cardiologia de Intervenção: Angiografia e intervenção coronária percutânea de 2014 a 2023*. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 44(6), 335-345. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2024.12.003>
- Suggs, P., Lewis, R., Hart, A., Troutman-Jordan, M., & Hardin, S. (2017). What's your position? Strategies for safely reaching patient comfort goals after cardiac catheterization via femoral approach. *Dimens Crit Care Nurs*. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000232>
- Tavares, P., Silva, R. S., & Magalhães, B. (2022). Fatores determinantes na transição para cuidados paliativos: Perspetiva de enfermeiros peritos. *Onco News*, 45, e058. <https://doi.org/10.31877/on.2022.45.01>
- Teixeira, T., Avila, M., & Braga, E. (2019). Compreensão de pacientes às orientações de enfermagem no cateterismo cardíaco: uma pesquisa qualitativa. *Cogitare Enfermagem*, 24, e56604. <https://biblat.unam.mx/hevila/Cogitareenfermagem/2019/vol24/7.pdf>
- Tuozzo, K., Morris, R., Moskowitz, N., McCauley, K., Babaev, A., & Attubato, M. (2023). Bed rest reduction following cardiac catheterizations using vascular closure devices. *Am J Crit Care*, 32(6), 421-428. <https://doi.org/10.4037/ajcc2023536>
- Valgimigli, M., et al. (2024). Comparison of strategies for vascular ACCESS closure after Transcatheter Aortic Valve Implantation: The ACCESS-TAVI randomized trial. *European Heart Journal*, 45(22), 2031-2039. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad239>
- Watson, T., Ong, P., & Tchong, J. (2018). *Localizing myocardial infarction on ECG* (Cap. 2). In *Primary Angioplasty: A Practical Guide*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-13-1114-7\\_2](https://doi.org/10.1007/978-981-13-1114-7_2)
- White, C. J. M., Baimel, A., & Norenzayan, A. (2021). How cultural learning and cognitive biases shape religious beliefs. *Current Opinion in Psychology*, 40, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.033>

## APÊNDICES

## **Apêndice I- Protocolo da Revisão *Scoping***

## **Intervenção de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a cateterismo cardíaco: Protocolo Revisão Scoping**

Bruno Macedo<sup>1</sup>, Diana Vareta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, <sup>2</sup>Docente da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

---

### **RESUMO**

**Introdução:** A doença cardiovascular é a principal causa de morte no mundo, sendo o enfarte agudo do miocárdio responsável por uma elevada taxa desta problemática. O cateterismo cardíaco é o procedimento utilizado mais eficiente no restabelecimento do fluxo sanguíneo ao coração. A intervenção especializada de enfermagem é importante na monitorização de cuidados e na prevenção de complicações associadas a este procedimento. **Objetivo:** Identificar, mapear e analisar na evidência científica intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a cateterismo cardíaco. **Metodologia:** Revisão scoping, fundamentada na metodologia Joanna Briggs Institute, utilizando a base de dados eletrónica PubMed e a plataforma EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials).

**Palavras-chave:** cateterismo cardíaco; intervenções de enfermagem; pessoa em situação crítica; unidade de cuidados intensivos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cardiovascular disease is the major cause of death in the world, being the myocardial infarction responsible for a high rate of this problem. Cardiac catheterization is the most used and efficient procedure for restoring the blood flow to the heart. The specialized nursing intervention is important in care monitoring and prevention of complications associated with this procedure. **Objective:** Map and analyze in scientific evidence nursing interventions to people in critical conditions undergoing cardiac catheterization. **Methods:** Scoping Review, fundamented by the Joanna Briggs Institute methodology, using the electronic data base PubMed and the platform EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials). The search was realized in January 2024.

**Keywords:** Cardiac catheterization; nursing interventions; critically ill patient; intensive care unit

## INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular é a principal causa de morte a nível mundial. Em 2012 estima-se que 17,5 milhões de pessoas tenham morrido por esta causa, o que representa cerca de 31% das mortes globais que aconteceram nesse ano (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). Ao nível do continente europeu, é estimado que 3,9 milhões de pessoas morrem por ano, ou seja, 45% das mortes totais. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em Portugal, as mortes por enfarte agudo do miocárdio [EAM] representaram 5,3% da mortalidade total em 2021 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023).

O enfarte agudo do miocárdio é definido como a morte celular de uma ou mais regiões do miocárdio, devido há oclusão das artérias coronárias pela presença de trombos, diminuindo gravemente e de forma prolongada a circulação sanguínea até ao miocárdio (Oliveira et. al., 2024).

De acordo com Gonçalves e Magalhães (2024), existem fatores de risco que aumentam o risco de incidência de enfarte agudo do miocárdio.

Os principais fatores de risco associados ao enfarte agudo do miocárdio são: a idade, colesterol elevado; diabetes; hipertensão arterial; tabagismo; excesso de peso; sedentarismo; stress e fatores hereditários (Oliveira, et al., 2019).

De acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica ([INEM], 2020), o EAM pode ser caracterizado por uma dor torácica sentida no peito ou com irradiação ao membro superior esquerdo, região posterior e/ou mandíbula, sendo, por vezes, acompanhada de sudorese intensa, palpitações, síncope e náuseas/vómitos, sendo um momento com risco iminente de ocorrência de arritmias como a fibrilação ventricular e a taquicardia ventricular.

Segundo Mechanic et al. (2022), citado por Oliveira et al. (2024), no enfarte agudo do miocárdio com supra de ST ocorre uma diminuição ou cessação do fluxo sanguíneo na artéria, sendo estratégia inicial adotada a reperfusão imediata da mesma, seja ela farmacológica ou por cateterismo, com o objetivo de restabelecer a perfusão de sanguínea e diminuir a lesão do miocárdio. De acordo com o INEM (2020), a angioplastia coronária percutânea, através da realização de cateterismo cardíaco, é a intervenção mais eficaz e

preferencial quando efetuada dentro de 2 horas. Quando não é possível a realização desta intervenção em tempo útil, está recomendada a realização de fibrinólise.

Neste contexto foram criadas as Unidades Hemodinâmicas em modo de resposta à mortalidade de pessoas em situação crítica com patologias do foro cardíaco, realizando estudos das artérias coronárias e intervenções invasivas às mesmas (Régis et al., 2017).

O cateterismo cardíaco é o método de diagnóstico absoluto de enfarte agudo do miocárdio, pois permite avaliar a anatomia, a fisiologia e a vascularização cardíaca, pormenorizar a gravidade e a extensão da cardiopatia e, conseqüentemente, contribui para a execução de um plano terapêutico mais adequado (Alencar, 2021).

Este procedimento é realizado através de uma punção via percutânea ou por uma incisão ao nível dos vasos da artéria braquial ou artéria femoral (mais frequente), em que são inseridos cateteres arteriais e venosos até atingir um vaso de maior calibre e, posteriormente, chegar ao coração. De seguida, é administrado contraste de forma a obter uma imagem, permitindo realizar uma avaliação eficiente das artérias coronárias afetadas (Régis et al., 2017).

A realização do cateterismo cardíaco expõe a pessoa a alguns riscos tais como: hemorragia, hematoma, infeção local, lesão nos vasos sanguíneos, tromboembolismo pulmonar e tensão arterial alterada (Alencar, 2021).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018) “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” (p. 19362).

Desta maneira, a pessoa com doença do foro cardíaco, irá necessitar de uma intervenção competente e rápida da equipa de enfermagem, pois tem um elevado risco de instabilidade hemodinâmica (Gillingham et al., 2020).

Neste contexto, é de realçar a importância do enfermeiro na monitorização de sinais vitais e traçado eletrocardiográfico identificando de alterações cardíacas, na sintomatologia preparando a terapêutica adequada e na gestão do ambiente e promoção da segurança, assim como, a qualidade das intervenções realizadas, tendo de ter conhecimentos teórico-práticos (Vahdatpour et al., 2019).

Na prática atual, em contextos com pessoas em situação crítica, o enfermeiro especialista ao possuir estes conhecimentos deve ter a capacidade de os aplicar, satisfazendo as necessidades das mesmas, contribuindo para a melhoria da qualidade de saúde e das intervenções prestadas (Fernandes, 2022).

Ainda, de acordo com Teixeira et al. (2019), o enfermeiro especialista como profissional de saúde diferenciado deve conhecer os procedimentos realizados tendo um papel ativo no tratamento destas situações, assim como, a responsabilidade de intervir e reconhecer a importância de medidas de prevenção, como forma de diminuir a morte associada à doença coronária.

A equipa de enfermagem deve ter uma comunicação eficaz com a pessoa submetida a cateterismo cardíaco, validando com a mesma a compreensão das orientações relativas à problemática a que está sujeita, conduzindo a uma diminuição dos riscos nos cuidados pré e pós a intervenção cardíaca (Teixeira et al., 2019).

A formação contínua por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, permite que estes possam adquirir e desenvolver conhecimentos para que obtenham uma melhoria dos seus cuidados, acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico. Deste modo, o enfermeiro capacita-se a prestar cuidados personalizados e especializados tanto à pessoa como à família (Marques, 2021).

De acordo com Sousa et al. (2014) “faz parte da intervenção de enfermagem a realização de ações preventivas de doenças cardiovasculares na população, identificando e reconhecendo fatores de risco destas doenças e, posteriormente, desenvolver estratégias para lidar e diminuir estes fatores.” (p. 305).

O enfermeiro deve ter presente na realização do seu exercício um conjunto de fatores, científicos e humanos, de forma a promover uma visão holística no cuidado à pessoa, percebendo as dificuldades existentes, tanto a nível familiar como social (Guimarães & Silva, 2016).

As intervenções de enfermagem à pessoa submetida a cateterismo têm total influência no processo de hospitalização e recuperação da pessoa. Estas intervenções são personalizadas, individuais sendo ajustáveis consoante as preocupações, medos e receios da pessoa, de forma a providenciar uma hospitalização positiva.

Deste modo e, perante o exposto anteriormente, para a realização desta revisão scoping definiu-se como objetivo identificar, mapear e analisar na evidência científica intervenções de enfermagem especializadas à pessoa em situação crítica submetida a cateterismo.

## METODOLOGIA

Com a realização do presente protocolo de revisão scoping procurou-se dar resposta à pergunta de investigação “Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a cateterismo?”, utilizando a mnemónica **P** (População) **C** (Conceito) **C** (Contexto) segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute (Aromataris et al., 2024), conforme demonstrado no Quadro 1:

<b>População</b>	<b>Conceito</b>	<b>Contexto</b>
Enfermeiros	Cateterismo cardíaco	Pessoa em situação crítica

*Quadro 1- Critérios para a elaboração da questão de investigação*

Tendo em conta o tipo de estudo foram definidos critérios de inclusão e de exclusão para a seleção de artigos em função da população, conceito e contexto definidos tal como descrito no Quadro 2.

<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
Pessoas em situação crítica com idade superior a 18 anos	Pediatria
Pessoas em Situação Crítica submetidas a cateterismo	Pré-hospitalar
Artigos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola	Cateterismo programados
Artigos publicados com o limite temporal entre 2014 e 2024	
Artigos disponíveis em texto integral	

*Quadro 2- Critérios de inclusão e exclusão*

## **ESTRATÉGIA DE PESQUISA**

Será realizada uma pesquisa exploratória através da base de dados Google Académico, com o objetivo de identificar a pertinência da realização desta revisão, nomeando e redefinindo os descritores de saúde. A pesquisa será posteriormente efetuada na base de dados eletrónica PubMed, na plataforma EBSCOhost nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials e através de pesquisa de literatura cinzenta. Os descritores que serão utilizados foram validados a partir da plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e combinados com as expressões booleanas AND e OR, resultando na seguinte equação de pesquisa: cardiac catheterization AND nurs\* AND (critical care OR intensive care OR icu).

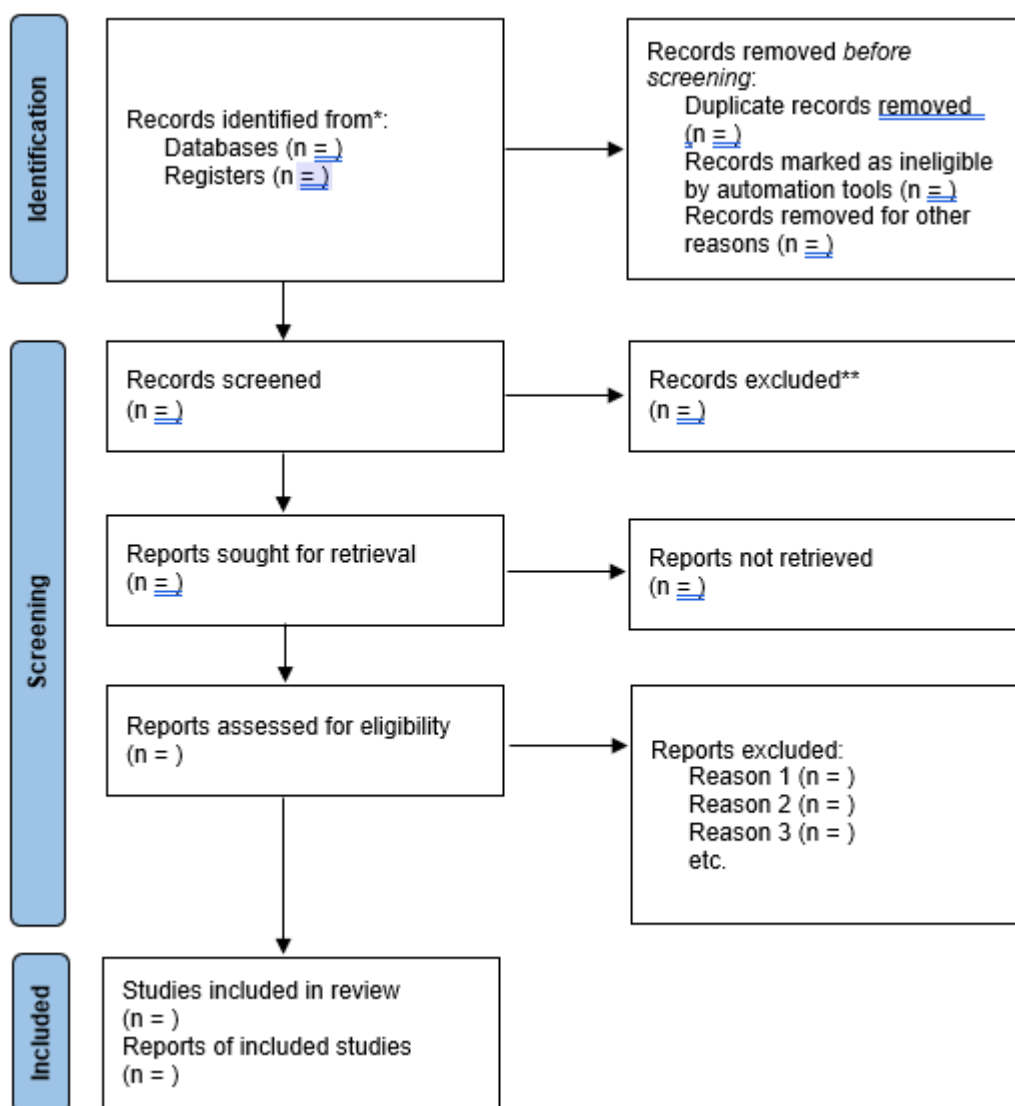
## SELEÇÃO DE ARTIGOS

A pesquisa será realizada com data de inclusão de artigos publicados entre janeiro de 2014 e janeiro de 2024.

No decorrer das fases de seleção, serão excluídos os artigos que não vão de acordo aos critérios de inclusão e que não respondam à questão de investigação.

O processo de seleção de artigos será representado através de um *prismaflow* conforme a figura 1.

Figura 1- Prismaflow



Fonte: Page J et al. (2020)

De modo a sintetizar toda a informação recolhida nos diferentes estudos incluídos e a simplificar a sua análise, foi elaborada um quadro de síntese da informação extraída (Quadro 3).

<b>Título/Autores/Ano/País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Intervenções</b>

*Quadro 3- Informação extraída dos artigos elegíveis*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, J., Silva, L., Macias, B., Cravo, D., Santos, L., Ferreira, J., & Sardinha, D. (2021). Uma revisão integrativa dos diagnósticos de enfermagem mais evidenciados no cateterismo cardíaco. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 14, p. e8948. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e8948.2021>
- Fernandes, D. (2022). *Cuidar especializado em enfermagem médico-cirúrgica: da pessoa em situação de urgência à pessoa submetida a cardiologia de intervenção* (Doctoral dissertation).
- Gillingham, I., Neubeck, L., Williams, B., & Dawkes, S. (2020). Role expansion for nurses in the cardiac catheter laboratory: Findings from a systematic scoping review. *British Journal of Cardiac Nursing*, 15 (4), 1-14. <https://doi.org/10.12968/bjca.2019.0128>
- Gonçalves, B., & Magalhães, C. (2024). Resposta pré-hospitalar do enfermeiro da ambulância suporte imediato de vida à pessoa com dor torácica aguda. *Revista de Enfermagem Referência*, 1-8. <https://doi.org/10.12707/RVI23.123.33412>
- Guimarães, M., & Silva, L., (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Óbitos por causas de morte. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main\\_TEMA&frm\\_are\\_a=o\\_ine\\_area\\_Destaques&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main_TEMA&frm_are_a=o_ine_area_Destaques&xlang=pt)
- Oliveira, S., Pereira, L., Lima, J., Andrade, F., Araújo, L., Lucena, M. & Souza, L. (2024). Infarto agudo do miocárdio com supra de segmento ST: Uma revisão do diagnóstico, fisiopatologia, epidemiologia, morbimortalidade, complicações e manejo. *Research, Society and Development*, 13(2), p. e1113244954: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44954>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Alterado e publicado pela Lei n.º 429/2018 de 18 julho. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Doenças Cardiovasculares* (CVDs). Ficha informativa, 317. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets>
- Page J., McKenzie E., Bossuyt M., Boutron I., Hoffmann C., Mulrow C., et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. DOI:<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Régis, A., Dalla Rosa, G., & Lunelli, T. (2017). Cuidados de enfermagem no cateterismo cardíaco e angioplastia coronariana: desenvolvimento de um instrumento. *Revista*

*Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 7(21), 03-20. [10.24276/recien2358-3088.2017.7.21.3-20](https://doi.org/10.24276/recien2358-3088.2017.7.21.3-20)

- Sousa, S., Bernardino, E., Vicelli, R., & Kalinowski, C., (2014). Perfil de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco: subsídio para prevenção de fatores de risco cardiovascular. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 304-308.
- Teixeira, T., Avila, M., & Braga, E., (2019). Compreensão de pacientes às orientações de enfermagem no cateterismo cardíaco: uma pesquisa qualitativa. *Cogitare enferm*, 24, e56604. <https://biblat.unam.mx/hevila/Cogitareenfermagem/2019/vol24/7.pdf>
- Vahdatpour, C., Collins, D., & Golsberg, S. (2019). Cardiogenic shock. *Journal of the American Heart Association*, 1-12. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.011991>

## **Apêndice II- Objetivos dos Estágios no SUGP e UCI**

### COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA- SUGP

DOMÍNIO	COMPETÊNCIA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES A DESENVOLVER
<b>A. Responsabilidades Profissional, Ética e Legal</b>	A1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	- Promover a prestação de cuidados com base nos direitos humanos, na ética e deontologia profissional;	-Realização de cuidados de enfermagem especializada tendo como base o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Código Deontológico e os Padrões de Qualidade integrados no estatuto da ordem dos enfermeiros;
	A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	- Liderar e avaliar as competências éticas e deontológicas no processo de tomada de decisão;  -Respeitar os direitos humanos nas intervenções de enfermagem;	-Aplicação dos conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular Ética e Deontologia; -Conhecimento e participação dos protocolos e normas do serviço; -Incorporação da pessoa e família na tomada de decisão clínica; -Promoção de relacionamento de empatia com a pessoa e família;

			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Respeito pela privacidade, escolhas e vontades da pessoa e família;</li> <li>-Respeito pelas crenças/valores da pessoa/família;</li> <li>-Garantia da privacidade da pessoa/família;</li> <li>-Participação na tomada de decisão em equipa;</li> <li>- Promoção do dever de sigilo profissional;</li> <li>-Reflexão e discussão com a enfermeira orientadora sobre decisões éticas tomadas em situações críticas;</li> </ul>
<b>B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b>	<b>B1.</b> Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	-Integrar a dinâmica e conhecer o funcionamento do serviço de Urgência Geral do Hospital de São José e sua equipa multidisciplinar;	-Articulação entre os conhecimentos teóricos abordados nas diversas unidades curriculares e o contexto prático;
	<b>B2.</b> Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	-Desenvolver intervenções de enfermagem contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa, família e no serviço;	- Percepção do funcionamento do serviço e a sua articulação com os restantes serviços;
	<b>B3.</b> Garante um ambiente terapêutico e seguro		- Entendimento das metodologias/protocolos implementadas no serviço junto da enfermeira orientadora;
			-Observação da prestação de cuidados da equipa à pessoa em situação crítica;



		<p>-Promover um ambiente terapêutico e seguro;</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Planeamento de cuidados de enfermagem promotores de um ambiente seguro para a pessoa em situação crítica e família;</li><li>-Gestão dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica;</li><li>-Avaliação do plano de cuidados realizados à pessoa em situação crítica e família;</li><li>- Monitorização de indicadores de qualidade e na sua posterior avaliação;</li><li>-Discussão e reflexão com a enfermeira orientadora e restante equipa de intervenções de enfermagem realizadas;</li><li>-Identificação precoce de situações potenciais de risco para a pessoa em situação crítica;</li><li>-Conhecimento do sistema utilizado para participação de riscos e incidentes;</li><li>-Execução correta da gestão de risco;</li><li>-Promoção da participação da família junto da pessoa em situação crítica no processo terapêutico;</li></ul>
--	--	--	--

<b>C. Domínio da Gestão dos Cuidados</b>	<b>C1.</b> Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver competências na gestão dos recursos e cuidados de enfermagem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Integração na equipa multidisciplinar do serviço de Urgência Geral do Hospital de São José;</li> </ul>
	<b>C2.</b> Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover o trabalho da equipa adequando os recursos com os cuidados a prestar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Compreensão da organização, metodologia de funcionamento e dinâmica da equipa de enfermagem na Urgência Geral e Polivalente do Hospital São José;</li> <li>-Observação e colaboração na gestão de turno junto da enfermeira chefe de equipa;</li> <li>-Percepção da importância do enfermeiro especialista na gestão da equipa de enfermagem;</li> <li>-Participação nas dinâmicas de tomada de decisão;</li> <li>-Mobilização adequadas dos recursos humanos e materiais face à necessidade do serviço;</li> <li>- Perceber a organização, dinâmica da equipa e do funcionamento do SUG;</li> <li>-Caracterizar a equipa de enfermagem de modo a compreender a organização dos</li> </ul>

		<p>recursos humanos às necessidades de cuidados, por parte do enfermeiro especialista;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Priorização adequada de prestação de cuidados de enfermagem;</li> <li>-Promoção de um ambiente positivo;</li> <li>- Promoção do trabalho em equipa;</li> <li>-Promoção de uma boa relação de trabalho com todos os elementos da equipa multidisciplinar;</li> <li>-Liderança da equipa, pelo menos uma vez, em contexto de paragem cardiorrespiratória;</li> <li>-Promoção de motivação da equipa em contexto de paragem cardiorrespiratória;</li> <li>-Reconhecimento dos meus limites e papel enquanto enfermeiro especialista e de todos os elementos da equipa multidisciplinar;</li> <li>-Adaptação da minha prática de enfermagem de acordo com a equipa multidisciplinar;</li> </ul>
--	--	--

			-Realização de uma reflexão crítica junto da enfermeira orientadora sobre as metodologias de gestão;
<b>D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>	<b>D1.</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	-Melhorar o conhecimento de práticas de enfermagem, assertividade, pensamento crítico e reflexivo objetivando por uma melhoria contínua; -Aprofundar conhecimentos científicos com base na evidência fundamentando a prática clínica;	-Articulação entre os conhecimentos teóricos abordados nas diversas unidades curriculares e o contexto prático; -Identificação de temáticas com maior fragilidade durante o campo de estágio; -Reconhecimento dos meus limites enquanto profissional de enfermagem; -Realização de pesquisa baseada na evidência sobre temáticas com maior fragilidade de conhecimento; -Atuação eficiente em situações sob pressão (paragem cardiorrespiratória, pessoa vítima de trauma, situações de emergência e catástrofe); - Gestão adequada de emoções em situações de stress;
	<b>D2.</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica		

			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promoção da partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar;</li> <li>-Identificação de necessidades formativas no Serviço de Urgência Geral e Polivalente de São José;</li> <li>-Participação em ações de formação, se possível, como formador e formando;</li> <li>-Desenvolvimento do jornal de aprendizagem;</li> <li>-Observação e integração de atuações de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica;</li> </ul>
--	--	--	--

**COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA - ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA -SUGP**

COMPETÊNCIA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES A DESENVOLVER
<p><b>1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</b></p>	<p>-Sintetizar as intervenções de enfermagem especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica no contexto de Urgência;</p> <p>-Criar uma relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica e/ou em falência orgânica.</p>	<p>-Articulação entre os conhecimentos teóricos abordados nas diversas unidades curriculares e o contexto prático;</p> <p>-Conhecimento dos protocolos existentes no serviço de urgência geral do Hospital de São José;</p> <p>-Integração na estrutura e funcionalidade no serviço de urgência geral do Hospital de São José;</p> <p>-Realização de intervenções especializadas na pessoa em situação crítica;</p> <p>-Promoção de uma relação terapêutica e de empatia com a pessoa em situação crítica e família;</p> <p>-Planeamento, execução e avaliação de cuidados prestados à pessoa em situação crítica;</p> <p>-Reflexão com a enfermeira orientadora sobre o planeamento e execução de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica;</p> <p>-Prevenção de fatores causadores de instabilidade para a pessoa em situação crítica;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificação célere de focos de instabilidade resolucioando-os;</li> <li>-Promoção de uma relação eficiente com a equipa multidisciplinar do serviço de urgência geral do Hospital de São José;</li> <li>-Observação e participação na equipa de reanimação na sala de emergência;</li> <li>-Aplicação do algoritmo Suporte Avançado de Vida (SAV);</li> <li>-Aplicação do algoritmo SAV/Trauma;</li> <li>-Realização de pesquisa baseada na evidência referente a complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;</li> <li>-Manutenção de um ambiente calmo;</li> <li>-Monitorização da dor na pessoa em situação crítica;</li> <li>-Intervenção farmacológica e não farmacológica para controlo da dor na pessoa em situação crítica;</li> <li>-Validação de administração de terapêutica com equipa médica em contexto de sala de trauma/emergência;</li> </ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"><li>-Promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados;</li><li>-Avaliação e notificação dos incidentes durante as práticas de enfermagem em conjunto com a enfermeira orientadora;</li><li>-Desenvolvimento de prática de enfermagem especializada em contexto pré-hospitalar (realização de turnos na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER));</li><li>-Identificação da sintomatologia possível de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM);</li><li>-Identificação de fatores de risco de EAM;</li><li>-Conhecimento dos sinais gravidade na pessoa com patologia coronária aguda;</li><li>-Conhecimento do funcionamento realizado na ativação da via verde coronária;</li><li>-Prevenção de complicações à pessoa em situação crítica associadas ao EAM ;</li><li>-Realização de terapêutica antiagregante e/ou anticoagulante na pessoa em situação crítico com enfarte agudo do miocárdio (EAM);</li></ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realização do transporte da pessoa em situação crítica com EAM até à sala de hemodinâmica;</li> <li>-Realização de transporte da pessoa em situação crítica com EAM com pás multifunções;</li> <li>-Realização de um trabalho académico sobre a temáticas “Via Verde Coronária”, integrando-o na minha prática laboral;</li> </ul>
<p><b>2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecer o plano de emergência interno e externo do Hospital de São José;</li> <li>-Compreender a dinâmica em situações de emergência, exceção e catástrofe do serviço de urgência do Hospital de São José;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecimento do plano de emergência da instituição;</li> <li>-Conhecimento do plano de emergência e reestruturação do serviço em situações de emergência, exceção e catástrofe;</li> <li>-Reflexão junta da enfermeira orientadora acerca do plano de emergência;</li> <li>-Realização de triagem;</li> <li>-Realização do curso Suporte Avançado de Vida em Trauma na unidade de curricular Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica II;</li> <li>-Compreensão da importância da formação e simulação dos profissionais de saúde em situações de emergência, exceção e catástrofe através de</li> </ul>

		<p>simulacros realizados no serviço de Urgência Geral e Polivalente do Hospital de São José;</p> <p>-Identificação precoce de possíveis situações violência à pessoa/vítima;</p> <p>-Salvaguarda a preservação de vestígios tendo em conta a cadeia custódia;</p>
<p><b>3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</b></p>	<p>-Compreender as intervenções de enfermagem prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde;</p> <p>-Realizar procedimentos de controlo de infeção no âmbito das infeções associadas à prestação de cuidados (IACS) à pessoa em situação crítica;</p>	<p>- Conhecimento do Programa de Prevenção e controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA);</p> <p>-Conhecimento e implementação dos planos de controlo de infeção hospitalar integrados no serviço de urgência geral do Hospital de São José;</p> <p>-Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, adotando medidas preventivas de controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS);</p> <p>-Promoção do cumprimento de medidas de isolamento e controlo de infeção, assim como, o uso de dispositivos de proteção;</p> <p>-Identificação de possíveis melhorias na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos no serviço;</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>-Sugestão de melhoria de procedimentos utilizados no serviço, baseado na mais recente evidência científica;</li><li>-Monitorização das medidas preventivas e de controlo implementadas no serviço;</li><li>-Reflexão e discussão com a enfermeira orientadora acerca dos procedimentos instituídos utilizados no controlo das IACS;</li></ul>
--	--	---

### COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA- UCI

DOMÍNIO	COMPETÊNCIA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES A DESENVOLVER
<b>A. Responsabilidades Profissional, Ética e Legal</b>	<b>A1.</b> Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	-Promover a prestação de cuidados com base nos direitos humanos, na ética e deontologia profissional; -Liderar e avaliar as competências éticas e deontológicas no processo de tomada de decisão;	-Realização de cuidados de enfermagem especializada tendo como base o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Código Deontológico e os Padrões de Qualidade integrados no estatuto da ordem dos enfermeiros;
	<b>A2.</b> Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	-Respeitar os direitos humanos nas intervenções de enfermagem;	-Aplicação dos conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular Ética e Deontologia; -Conhecimento e participação dos protocolos e normas do serviço; -Incorporação da pessoa e família na tomada de decisão clínica; -Promoção de relacionamento de empatia com a pessoa e família;

			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Respeito pela privacidade, escolhas e vontades da pessoa e família;</li> <li>-Respeito pelas crenças/valores da pessoa/família;</li> <li>-Garantia da privacidade da pessoa/família;</li> <li>-Participação na tomada de decisão em equipa;</li> <li>-Promoção do dever de sigilo profissional;</li> <li>-Reflexão e discussão com a enfermeira orientadora sobre decisões éticas tomadas em situações críticas;</li> </ul>
<b>B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b>	<b>B1.</b> Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Integrar a dinâmica e conhecer o funcionamento da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital CUF Tejo e sua equipa multidisciplinar;</li> <li>-Desenvolver intervenções de enfermagem contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa, família e no serviço;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Articulação entre os conhecimentos teóricos abordados nas diversas unidades curriculares e o contexto prático;</li> <li>-Percepção do funcionamento do serviço e a sua articulação com os restantes serviços;</li> <li>-Entendimento das metodologias/protocolos implementadas no serviço junto da enfermeira orientadora;</li> <li>-Observação da prestação de cuidados da equipa à pessoa em situação crítica;</li> </ul>
	<b>B2.</b> Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua		
	<b>B3.</b> Garante um ambiente terapêutico e seguro		

		<p>-Promover um ambiente terapêutico e seguro;</p>	<p>-Planeamento de cuidados de enfermagem promotores de um ambiente seguro para a pessoa em situação crítica e família;</p> <p>-Gestão dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica;</p> <p>-Avaliação do plano de cuidados realizados à pessoa em situação crítica e família;</p> <p>-Monitorização de indicadores de qualidade e na sua posterior avaliação;</p> <p>-Discussão e reflexão com a enfermeira orientadora e restante equipa de intervenções de enfermagem realizadas;</p> <p>-Identificação precoce de situações potenciais de risco para a pessoa em situação crítica;</p> <p>-Conhecimento do sistema utilizado para a participação de riscos e incidentes;</p> <p>-Execução correta da gestão de risco;</p> <p>-Promoção da participação da família junto da pessoa em situação crítica no processo terapêutico;</p>
--	--	--	---

<b>C. Domínio da Gestão dos Cuidados</b>	<b>C1.</b> Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	-Desenvolver competências na gestão dos recursos e cuidados de enfermagem;	-Integração na equipa multidisciplinar do serviço de Unidade de Cuidados Intensivos no Hospital CUF Tejo;
	<b>C2.</b> Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	-Promover o trabalho da equipa adequando os recursos com os cuidados a prestar;	-Compreensão da organização, metodologia de funcionamento e dinâmica da equipa de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos no Hospital CUF Tejo; -Observação e colaboração na gestão de turno junto da enfermeira chefe de equipa; -Percepção da importância do enfermeiro especialista na gestão da equipa de enfermagem; -Participação nas dinâmicas de tomada de decisão; -Mobilização adequadas dos recursos humanos e materiais face à necessidade do serviço; -Perceber a organização, dinâmica da equipa e do funcionamento da UCI; -Caracterizar a equipa de enfermagem de modo a compreender a organização dos

			<p>recursos humanos às necessidades de cuidados, por parte do enfermeiro especialista;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Priorização adequada de prestação de cuidados de enfermagem;</li> <li>-Promoção de um ambiente positivo;</li> <li>-Promoção do trabalho em equipa;</li> <li>-Promoção de uma boa relação de trabalho com todos os elementos da equipa multidisciplinar;</li> <li>-Liderança da equipa, pelo menos uma vez, em contexto de paragem cardiorrespiratória;</li> <li>-Promoção de motivação da equipa em contexto de paragem cardiorrespiratória;</li> <li>-Reconhecimento dos meus limites e papel enquanto enfermeiro especialista e de todos os elementos da equipa multidisciplinar;</li> <li>-Adaptação da minha prática de enfermagem de acordo com a equipa multidisciplinar;</li> </ul>
--	--	--	---

			-Realização de uma reflexão crítica junto da enfermeira orientadora sobre as metodologias de gestão;
<b>D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>	<b>D1.</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	-Melhorar o conhecimento de práticas de enfermagem, assertividade, pensamento crítico e reflexivo objetivando por uma melhoria contínua; -Aprofundar conhecimentos científicos com base na evidência fundamentando a prática clínica;	-Articulação entre os conhecimentos teóricos abordados nas diversas unidades curriculares e o contexto prático; -Identificação de temáticas com maior fragilidade durante o campo de estágio; -Reconhecimento dos meus limites enquanto profissional de enfermagem; -Realização de pesquisa baseada na evidência sobre temáticas com maior fragilidade de conhecimento; -Atuação eficiente em situações de pressão (paragem cardiorrespiratória, situações de emergência e catástrofe); -Gestão adequada de emoções em situações de stress; -Promoção da partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar;
	<b>D2.</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica		

			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificação de necessidades formativas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital CUF Tejo;</li> <li>-Participação em ações de formação, se possível, como formador e formando;</li> <li>-Desenvolvimento do jornal de aprendizagem;</li> <li>-Observação e integração de atuações de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica;</li> </ul>
--	--	--	---

**COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA - ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA- UCI**

COMPETÊNCIA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES A DESENVOLVER
<p><b>1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</b></p>	<p>-Sintetizar as intervenções de enfermagem especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI);</p> <p>-Criar uma relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica e/ou em falência orgânica.</p>	<p>-Articulação entre os conhecimentos teóricos abordados nas diversas unidades curriculares e o contexto prático;</p> <p>-Conhecimento dos protocolos existentes na UCI do Hospital CUF Tejo;</p> <p>-Integração na estrutura e funcionalidade na UCI do Hospital CUF Tejo;</p> <p>-Realização de intervenções especializadas na pessoa em situação crítica;</p> <p>-Promoção de uma relação terapêutica e de empatia com a pessoa em situação crítica e família;</p> <p>-Planeamento, execução e avaliação de cuidados prestados à pessoa em situação crítica;</p> <p>-Reflexão com a enfermeira orientadora sobre o planeamento e execução de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica;</p> <p>-Prevenção de fatores causadores de instabilidade para a pessoa em situação crítica;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificação célere de focos de instabilidade resolucioando-os;</li> <li>-Promoção de uma relação eficiente com a equipa multidisciplinar da UCI dos Hospital CUF Tejo;</li> <li>- Aplicação do algoritmo Suporte Avançado de Vida (SAV);</li> <li>-Realização de pesquisa baseada na evidência referente a complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;</li> <li>-Manutenção de um ambiente calmo;</li> <li>-Promoção da alternância de decúbitos da pessoa em situação crítica com mobilidade limitada;</li> <li>-Monitorização da dor na pessoa em situação crítica;</li> <li>-Intervenção farmacológica e não farmacológica para controlo da dor na pessoa em situação crítica;</li> <li>-Aplicação da Escala de BPS;</li> <li>-Aplicação da Escala de Rass;</li> <li>-Aplicação da Escala de BIS;</li> <li>-Aplicação da Escala de Guss;</li> <li>-Validação de administração de terapêutica com equipa médica em contexto de SAV;</li> </ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados;</li> <li>-Avaliação e notificação dos incidentes durante as práticas de enfermagem em conjunto com a enfermeira orientadora;</li> <li>- Realização de técnicas dialíticas (Hemodifusão e Plasmaforese);</li> <li>-Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com ventilação mecânica invasiva (Elevação da cabeceira a 30°, verificação de nível de TOT, mudança de nastro, aspiração de secreções extra e intra TOT, mudança de pensos de CVC e LA, avaliação de PVC, realização de zero da linha arterial; otimização de sonda nasogástrica, otimização de catéter urinário, avaliação de PIA, monitorização de perfusões e monitorização de sistemas);</li> <li>-Realização de intervenções de enfermagem à pessoa submetida a ECMO (VV OU VA);</li> <li>-Identificação da sintomatologia de possível de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM);</li> <li>-Identificação de fatores de risco de EAM;</li> </ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecimento dos sinais gravidade na pessoa com patologia coronária aguda;</li> <li>-Realização de turnos na sala de hemodinâmica do Hospital CUF Tejo;</li> <li>-Realização de turnos no bloco operatório em contexto, de cirurgias cardíacas, no Hospital CUF Tejo;</li> <li>-Realização de turno em contexto de sala de eletrofisiologia, no Hospital CUF Tejo;</li> <li>-Prevenção de complicações à pessoa em situação crítica associadas ao EAM;</li> <li>-Realização de ensinios à pessoa submetida a cateterismo cardíaco;</li> </ul>
<p><b>2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecer o plano de emergência interno e externo do Hospital CUF Tejo;</li> <li>-Compreender a dinâmica em situações de emergência, exceção e catástrofe da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital CUF Tejo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecimento do plano de emergência da instituição;</li> <li>-Conhecimento do plano de emergência e reestruturação do serviço em situações de emergência, exceção e catástrofe;</li> <li>-Reflexão junta da enfermeira orientadora acerca do plano de emergência;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificação precoce de possíveis situações de violência à pessoa/vítima;</li> </ul>
<p><b>3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Compreender as intervenções de enfermagem prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde;</li> <li>-Realizar procedimentos de controlo de infeção no âmbito das infeções associadas à prestação de cuidados (IACS) à pessoa em situação crítica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento do Programa de Prevenção e controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA);</li> <li>-Conhecimento e implementação dos planos de controlo de infeção hospitalar integrados na UCI do Hospital CUF Tejo;</li> <li>-Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, adotando medidas preventivas de controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS);</li> <li>-Promoção do cumprimento de medidas de isolamento e controlo de infeção, assim como, o uso de dispositivos de proteção;</li> <li>-Identificação de possíveis melhorias na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos na UCI;</li> <li>-Sugestão de melhoria de procedimentos utilizados no serviço, baseado na mais recente evidência científica;</li> <li>-Monitorização das medidas preventivas e de controlo implementadas no serviço;</li> </ul>

		-Reflexão e discussão com a enfermeira orientadora acerca dos procedimentos instituídos utilizados no controlo das IACS;
--	--	--

**Apêndice III- Fluxograma Via Verde Coronária: Triagem e o  
Passaporte Via Verde Coronária**

## VIA VERDE CORONÁRIA: TRIAGEM

TRIAGEM

- Dor torácica típica (pré cordial, opressão, peso)
- Equivalente anginoso (síncope, dispneia, cansaço de início súbito, sudorese, náuseas e vômitos)
- Antecedentes de: Patologia Coronária (EAM, Cirurgia coronária ou angioplastia), AVC, doença arterial periférica, HTA, diabetes, obesidade, tabagismo
- Pessoas enviadas de outra unidade de saúde por suspeita de EAM.

### Enfermeiro da triagem:

- Encaminhar a pessoa para a sala de reanimação;
- Sinalizar técnico de cardiopneumologia, se possível e contactar equipa médica (ECG até 10 minutos da hora da triagem);
- Transmitir episódio de urgência a colega destacado na sala de reanimação.

ECG

EAMCSST

SIM

NÃO

**Balcão:**

Avaliação complementar

### Objetivo:

**Chegar à sala de hemodinâmica em 1h, máximo 2h!!!**

-Ativação da VVC (contactar CODU);

-Realização de terapêutica, se indicação médica;

-Preparar PSC para transporte;

-Preencher livro e passaporte VVC e folha de encaminhamento.

Adaptado de: Sociedade Europeia Cardiologia, 2017



**PASSAPORTE VIA VERDE**

**CORONÁRIA  
TEMPO É MIOCÁRDIO!!!**

**OBJETIVO**

Adquirir dados relativamente aos tempos de abordagem à PSC com Enfarte Agudo do Miocárdio com SST

**COMO?**

Este passaporte acompanha a pessoa desde o momento da realização de ECG até ao momento em que dá entrada na sala de hemodinâmica

Sexo: M  F

Idade: \_\_\_\_ anos

Antecedentes: HTA  DM  DLP  EAM

AVC  Tabagismo  Patologia Cardíaca

Sintomatologia: \_\_\_\_\_

Hora de admissão na sala R/T: \_\_\_\_\_

Hora do ECG: \_\_\_\_\_

Terapêutica administrada: \_\_\_\_\_

Hora da administração de terapêutica: \_\_\_\_\_

Hora de saída do serviço: \_\_\_\_\_

Hora de chegada à sala de Hemodinâmica: \_\_\_\_\_

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Garcia, M. G. M., da Silva, V. C., Gonçalves, I. A., Queiroga, C. G., & Calzada, J. V. D. (2024). Terapias Antitrombóticas na Emergência Para Síndrome Coronariana Aguda: uma revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(6), 40264034. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i6.14719>

Gonçalves, B. M. M. (2024). *Atuação do enfermeiro de suporte imediato de vida na dor torácica: realidades do interior norte de Portugal* (Doctoral dissertation). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/29228>

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M., Bucciarelli, C., Bueno, H. Widimsky, P. (2017). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST -segment elevation. *European Heart Journal*, 00, 1–66. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>

INEM, D. (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida.

Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica (2020). Manual de suporte avançado de vida. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (2023). Óbitos por causas de morte.

Oliveira, C. F. P., Souza Selvati, F., Paula, I. A., de Oliveira, J. M., Silveira Bittencourt, M. E., Oliveira Silva, P. L., & Martins, T. F. F. (2024). Papel da Enfermagem na Prevenção do Infarto Agudo do Miocárdio. *Revista Contemporânea*, 4(6), e4422-e4422. <https://doi.org/10.56083/RCV4N6-135>

Pinto, L. L. N., dos Reis Corrêa, A., Donoso, M. T. V., de Matos, S. S., & Manzo, B. F. (2016). Estratégias para reduzir o tempo porta-balão nos pacientes com infarto agudo do miocárdio. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 20(1). Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remem/article/view/50016>

Régis, A. P., Dalla Rosa, G. C., & Lunelli, T. (2017). Cuidados de enfermagem no cateterismo cardíaco e angioplastia coronariana: desenvolvimento de um instrumento. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 7(21), 03-20. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.21.3-20>

**Apêndice IV- Póster de Intervenção de Enfermagem à Pessoa em  
Situação Crítica Submetida a Cateterismo Cardíaco: Revisão Scoping**

# INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SUBMETIDA A CATETERISMO CARDÍACO: REVISÃO SCOPING

Bruno Alexandre Macedo<sup>1</sup>, Cláudia Barbedo<sup>2</sup>, Diana Vareta<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Mestrando em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Saúde Egas Moniz

<sup>2</sup> Enfermeira orientadora da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Cuf Tejo

<sup>3</sup> Professora Assistente, Escola Superior de Saúde Egas Moniz

## INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular é a principal causa de morte a nível mundial<sup>1</sup>. Em Portugal as mortes por enfarte agudo do miocárdio (EAM) representaram, em 2021, 5,3% da mortalidade total<sup>2</sup>.

O cateterismo cardíaco é o método de diagnóstico absoluto de EAM, pois permite avaliar a anatomia, a fisiologia e a vascularização cardíaca, pormenorizar a gravidade e a extensão da cardiopatia e, consequentemente contribui para a execução de um plano terapêutico mais adequado<sup>3</sup>. A realização deste procedimento expõe a pessoa a alguns riscos, nomeadamente a uma instabilidade hemodinâmica<sup>4</sup>. As intervenções de enfermagem dirigidas vão ter uma total influência no processo de hospitalização e recuperação da pessoa<sup>3</sup>.

## OBJETIVOS

Identificar, mapear e analisar na evidência científica intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a cateterismo cardíaco.

## METODOLOGIA

### ➔ Revisão scoping

➔ **Questão de Investigação:** Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a cateterismo cardíaco?

➔ **População (P):** Enfermeiros

**Conceito (C):** Cateterismo Cardíaco

**Contexto (C):** Pessoa em Situação Crítica

➔ **Bases de Dados:** CINAHL Complete, MEDLINE COMPLETE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, na base de dados eletrónica PubMed e literatura cinzenta

➔ **Linha de pesquisa:** (cardiac catheterization) AND (nurs\*) AND (critical care OR intensive care OR icu)

➔ **Total de artigos:** 136 | **Incluídos:** 7

## RESULTADOS

### Intervenções de Enfermagem intra-cateterismo cardíaco

- Monitorização e gestão de stress e ansiedade<sup>6,7</sup>
- Monitorização e gestão da dor<sup>7</sup>
- Musicoterapia<sup>6</sup>
- Realização de penso compressivo<sup>7,8</sup>

### Formação Profissional

- Conhecimento necessário de forma a ter segurança na sua intervenção<sup>8</sup>
- Conhecimento da finalidade do cateterismo cardíaco, os benefícios, riscos e complicações<sup>7</sup>
- Formação atualizada com a evidência recente<sup>7</sup>
- Participação dos profissionais de saúde em ações de formação sobre doenças vasculares<sup>12</sup>
- Realização de pesquisas baseadas na evidência sobre cateterismo cardíaco<sup>7</sup>

### Intervenções de Enfermagem pós-cateterismo cardíaco

- Monitorização da dor na região posterior<sup>8,9,10,11</sup>
- Realização de levante precoce (3 horas após procedimento por via radial, 6 horas após procedimento por via femoral)<sup>7</sup>
- Elevação da cabeça<sup>9,10,11</sup>
- Monitorização de sinais vitais<sup>6,7,8,9,10,12</sup>
- Vigilância do local de punção<sup>6,7,8,9,10,12</sup>
- Ensinos sobre prevenção de fatores de risco modificáveis<sup>7</sup>
- Identificação de barreiras à marcha<sup>11</sup>
- Avaliação de pulsos distais<sup>9</sup>

### Prevenção de Complicações

- Realização de compressão ao nível do local de punção<sup>8</sup>
- Vigilância do local de punção<sup>6,7,8,9,10,12</sup>
- Transmissão de informação à pessoa sobre complicações possíveis pós-cateterismo<sup>9</sup>
- Promoção do envolvimento da pessoa e família nos cuidados de saúde<sup>9</sup>
- Avaliação de hemorragias, hematomas, compromisso neurocirculatório do membro, vasoespasma<sup>6,7,8,9,10,12</sup>

## DISCUSSÃO

Os estudos incluídos nesta revisão estão em consonância que o bem-estar e conforto da pessoa em situação crítica aliados a uma intervenção mais individualizada são imperativos nos cuidados de enfermagem, com a finalidade de promover uma melhor experiência de hospitalização da pessoa submetida a cateterismo cardíaco.

É concordante na literatura que as intervenções de enfermagem intra-cateterismo dirigem-se ao estado emocional da pessoa, nomeadamente para a gestão da ansiedade, preocupação, desânimo, nervosismo e medo<sup>6,7,13</sup>.

No que concerne às intervenções de enfermagem pós-cateterismo, a literatura é consensual sobre a importância da preparação da alta da pessoa submetida a cateterismo cardíaco pela equipa de enfermagem, com principal enfoque no ensino da importância da manutenção da toma da medicação, da aquisição de hábitos saudáveis e nos cuidados a ter de forma a prevenir reincidências<sup>13,14</sup>.

Os artigos elegíveis remetem para a importância dos enfermeiros serem detentores de conhecimentos baseados na evidência de forma a conhecer o procedimento, avaliando os benefícios e os riscos, estando preparados para dar uma resposta fundamentada, diminuindo assim, as complicações para a pessoa<sup>6,7,8,9,10,11,12,15,16</sup>.

Apenas num dos estudos há referência a limitações dos enfermeiros na aplicação das intervenções pós-cateterismo cardíaco, relacionadas com o medo e a insegurança sentidos em resultado da falta de conhecimento sobre esta temática<sup>9</sup>.

A atualização dos conhecimentos deve ser uma constante no desenvolvimento de competências do enfermeiro, tornando o profissional mais confiante na sua intervenção, o que culmina na melhoria da relação enfermeiro-pessoa<sup>16</sup>.

## CONCLUSÃO

Os estudos demonstraram que as intervenções de enfermagem promovem uma melhor recuperação pós-cateterismo cardíaco e uma maior preparação para a rotina diária. As estratégias identificadas, de acordo com esta revisão scoping devem ser personalizadas de acordo com a necessidade de cada pessoa. É importante o enfermeiro estar alerta para fatores prejudiciais que possam condicionar e aumentar o tempo de hospitalização da pessoa submetida a cateterismo cardíaco. A importância em participar em ações de formação e ter o conhecimento científico atualizado é a chave para que o enfermeiro se sinta seguro e capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados.

## Referências Bibliográficas



**Apêndice V- Póster das Intervenções a Realizar na Abordagem à  
PSC pós PCR**

<h1>CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO</h1> <p style="text-align: right; font-size: small;">           Bruno Macedo<sup>1</sup>, Cidália Castro<sup>2</sup>, Diana Vareta<sup>3</sup>, Sara Silva<sup>1</sup>  <sup>1</sup>Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica  <sup>2</sup>Corpo docente do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica         </p>	
<h2>A</h2> <h3>VIA AÉREA</h3>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar via aérea avançada se compromisso da função cerebral;</li> <li>• Considerar extubação imediata se recuperação do estado de consciência e ventilação adequada;</li> <li>• Aspirar secreções, se necessário.</li> </ul>
<h2>B</h2> <h3>VENTILAÇÃO</h3>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar, auscultar e percudir o tórax;</li> <li>• Monitorizar a frequência respiratória, saturação de oxigénio e de dióxido de carbono;</li> <li>• Manter a saturação de oxigénio entre 94-98%;</li> <li>• Evitar a hiperventilação;</li> <li>• Manter cabeceira da cama elevada (30°, se não existir contra-indicação);</li> <li>• Considerar a entubação orogástrica;</li> <li>• Considerar o uso de bloqueadores neuromusculares;</li> <li>• Realizar radiografia de tórax.</li> </ul>
<h2>C</h2> <h3>CIRCULAÇÃO</h3>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar perfusão periférica;</li> <li>• Monitorizar ritmo cardíaco, frequência cardíaca e pressão arterial (idealmente através de linha arterial);</li> <li>• Evitar hipotensão (PAM &lt; 65 mmHg);</li> <li>• Obter acesso venoso fiável;</li> <li>• Considerar administração de fluidos, inotrópicos e vasopressores;</li> <li>• Monitorizar valores laboratoriais;</li> <li>• Monitorizar débito urinário;</li> <li>• Realizar eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma;</li> <li>• Se ausência de causas não-cardíacas óbvias, realizar cateterismo coronário.</li> </ul>
<h2>D</h2> <h3>DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA</h3>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o estado neurológico com recurso à Escala de Coma de Glasgow;</li> <li>• Avaliar tamanho, simetria e reatividade das pupilas;</li> <li>• Avaliar glicémia capilar (glicémia capilar alvo &lt; 180 mg/dL);</li> <li>• Vigiar convulsões (EEG, se disponível).</li> </ul>
<h2>E</h2> <h3>EXPOSIÇÃO COM CONTROLO DA TEMPERATURA</h3>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar temperatura corporal (Catéter esofágico, se disponível);</li> <li>• Iniciar o controlo direcionado da temperatura, se a pessoa não responde a comandos, com uma temperatura alvo de 33-36°C, nas primeiras 24h;</li> <li>• Prevenir e tratar a febre (temperatura &gt; 37,7°C);</li> <li>• Vigiar tremores.</li> </ul>
<p><b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b></p> <p>American Heart Association. (2020). Part 8: Post-cardiac arrest care: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. <i>Circulation</i>, 142(suppl_2), S469–S523. <a href="https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000937">https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000937</a></p> <p>European Resuscitation Council. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Post-resuscitation care. <i>Resuscitation</i>, 161, 220–269. <a href="https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.012">https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.012</a></p> <p>Hegazy, A. F., Laperre, D. M., Butler, R., &amp; Althenayan, E. (2015). Temperature control in critically ill patients with a novel esophageal cooling device: A case series. <i>BMC Anesthesiology</i>, 15, 152. <a href="https://doi.org/10.1186/s12871-015-0133-6">https://doi.org/10.1186/s12871-015-0133-6</a></p> <p>Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2019). Suporte Avançado de Vida em Adultos: Manual do Formando (4ª ed.). Lisboa: INEM.</p> <p>Peberdy, M. A., Callaway, C. W., Neumar, R. W., Geocadin, R. G., Zimmerman, J. L., Donnino, M. W., ... &amp; Kronick, S. L. (2020). Hemodynamic management after cardiac arrest. <i>Circulation</i>, 141(6), e294–e309. <a href="https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000749">https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000749</a></p> <p>Sandromi, C., D'Arrigo, S., &amp; Nolan, J. P. (2021). Neurological prognostication after cardiac arrest. <i>Intensive Care Medicine</i>, 47(4), 427–438. <a href="https://doi.org/10.1007/s00134-021-06353-2">https://doi.org/10.1007/s00134-021-06353-2</a></p>	

**Apêndice VI- Póster da Importância da Prática Simulada dos  
Enfermeiros na Resposta a Situações de Emergência, Exceção e  
Catástrofe**



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

## A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA SIMULADA DOS ENFERMEIROS NA RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE: REVISÃO SCOPING

Ana Filipa Lemos<sup>1,2</sup>, Ana Margarida Peres<sup>1,2</sup>, Bruno Alexandre Macedo<sup>1,2</sup>, Catarina Couto<sup>1,2</sup>, Dora Ladislau<sup>3</sup> e Sara Silva<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Monte da Caparica.

<sup>2</sup> Enfermeiros na Urgência Geral da Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho

<sup>3</sup> Professora Assistente – Escola Superior de Saúde Egas Moniz

### Introdução

A história de Portugal é marcada por eventos catastróficos, como o terramoto de 1755, os incêndios rurais de 2017 e 2018, e a pandemia de COVID-19<sup>3</sup>. Esses dados enfatizam a necessidade de planos de emergência, investimento na educação, planeamento e preparação adequada, juntamente com o treino e formação contínua dos profissionais de saúde. A prática simulada é uma ferramenta vital para a preparação e resposta eficaz em situações de emergência, exceção e catástrofe. Compreender os benefícios e aplicar métodos de simulação pode aprimorar a capacidade dos profissionais de saúde em lidar com cenários complexos e desafiadores.



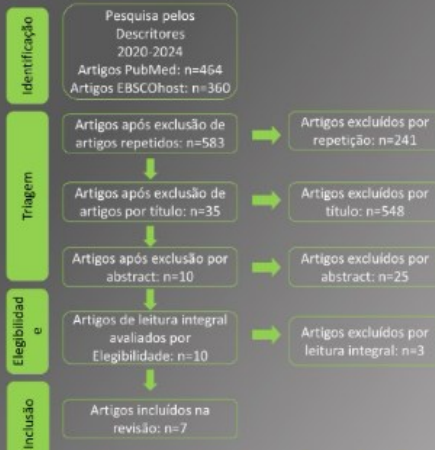
### Objetivo

Evidenciar a importância da prática simulada dos enfermeiros na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe.

### Metodologia

Revisão scoping orientada pela questão de investigação PCC, segundo as recomendações da JBI<sup>7</sup>: "Qual é a importância da prática simulada dos enfermeiros na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe?"

A pesquisa foi realizada na base de dados científica PubMed e na plataforma EBSCOhost. Foram definidos os descritores e elaborada a seguinte equação booleana: (Disaster preparedness) AND (Hospitals) AND (Training).



### Resultados

A prática simulada de situações de emergência, exceção e catástrofe permite:

- Melhoria da tomada de decisão**
  - Permite que os profissionais pratiquem a avaliação rápida e decisões críticas em ambiente controlado, preparando-os para responder efetivamente sob pressão durante emergências reais<sup>1,3,5</sup>.
- Aprimoramento da coordenação da equipa**
  - Promove a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, fortalecendo a comunicação e a sincronização de esforços durante situações de crise<sup>1,6,8</sup>.
- Identificação de lacunas e oportunidades de melhoria**
  - Identifica falhas nos protocolos de resposta, permitindo ajustes e refinamentos para garantir uma melhor preparação para futuras emergências<sup>1,3,9</sup>.

### Conclusão

Os estudos demonstram que a prática simulada na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe é essencial para que os serviços de saúde e os seus profissionais se encontrem capacitados, garantindo uma resposta eficaz e coordenada, visando salvar o maior número possível de vítimas e minimizar danos causados. Os mesmos estudos evidenciam que gerir os recursos disponíveis, comunicar de forma clara e coordenar as equipas é fundamental na prestação de cuidados adequados. A intervenção do enfermeiro especialista é crucial na promoção da prática simulada ao organizar e liderar exercícios de simulação, familiarizando a equipa com os procedimentos e protocolos específicos para essas situações.

Referências Bibliográficas:



**Apêndice VII- Póster sobre a “Higiene Oral na Prevenção da  
Pneumonia Associada à Intubação - Projeto de Intervenção no  
âmbito da Prevenção e Controlo de Infecção”**

## Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI)

A PAI é a infeção mais frequente adquirida em doentes com TOT, sendo responsável pelo aumento da duração da VMI, do consumo de antibióticos, da duração do internamento e pela maior morbimortalidade e custos associados.

### Provas de Ventilação Espontânea.

- Preferencialmente em modo de pressão assistida (PA);
- Formular diariamente um plano de desmame e/ou extubação;
- Considerar usar VNI pós-extubação.



### Cabeceira do leito a 30°.

Evitar momentos de posição supina.

- Diminuição do risco de aspiração do conteúdo da cavidade oral.



### Utilizar sedação ligeira/ analgo-sedação, titulada ao mínimo necessário.

Formular diariamente um plano de redução ou suspensão de sedação.

- Redução do tempo total de VMI;
- Diminuição global da incidência de pneumonia.



### Cuff Endotraqueal entre 20–30 cmH2O.

Avaliar no mínimo 3 x/dia.

- Pressões excessivas podem causar lesões na traqueia;
- O excesso de monitorização pode ser prejudicial;
- Garantir existência de Cuffómetro na unidade;
- Manter técnica estéril;
- Aspirar secreções subglóticas antes de manipular o balão.



### Cuidados de higiene orais com octenidina.

Realizar 3 x/dia (15 – 20 ml).



- Em todos os doentes com idade superior a 2 meses e tempo de internamento superior a 48h

## **APÊNDICE VIII- Jornais de aprendizagem**



## **1º Campo de Estágio- SUGP**

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

1º Ano 2º Semestre

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular Estágio

## ***JORNAL DE APRENDIZAGEM***

**Discente:**

Bruno Macedo, Nº 113265

**Docentes:**

Profª Mestre Diana Vareta

Almada

Julho 2024



## INDÍCE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>123</b>
<b>CICLO REFLEXIVO DE GIBBS .....</b>	<b>124</b>
<b>1ª Etapa: DESCRIÇÃO .....</b>	<b>124</b>
<b>2ª Etapa: SENTIMENTOS.....</b>	<b>125</b>
<b>3ª etapa: AVALIAÇÃO .....</b>	<b>125</b>
<b>4ª Etapa: ANÁLISE .....</b>	<b>126</b>
<b>5ª Etapa: CONCLUSÃO.....</b>	<b>127</b>
<b>6ª Etapa: PLANEAMENTO DA AÇÃO .....</b>	<b>128</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>130</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio relativo ao 1º ano, 2º semestre do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, faz parte do elemento de avaliação a realização de um Jornal de Aprendizagem, sobre a experiência da prática profissional desenvolvida durante o estágio, analisando e refletindo sobre a mesma, através da metodologia do ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs. Este ciclo de aprendizagem está estruturado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

O ciclo reflexivo de Gibbs permite organizar de forma sistematizada todo um processo de construção reflexiva, sequencial e detalhada percorrendo as diferentes etapas incluídas nesta ferramenta metodológica (Pereira-Mendes, 2016).

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre uma situação experienciada no contexto clínico, promovendo, deste modo, o desenvolvimento de competências na área da pessoa em situação crítica.

É de salientar que a identificação da pessoa e as informações clínicas descritas neste trabalho foram alteradas de modo a garantir a confidencialidade e a salvaguardar o dever de sigilo profissional.

## CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

### **1ª Etapa: DESCRIÇÃO**

Nesta primeira etapa objetiva-se a descrição do evento de forma simples, sem juízos de valor, de forma a dar resposta à pergunta: o que aconteceu? (Gibbs, 2013).

O Sr. A. é trazido ao Serviço de Urgência Geral e Polivalente do Hospital de São José, acompanhado pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Barreiro por cerca das 3:30h, no dia 26 de junho de 2024, por ter sido colhido por um touro numa festa popular, com dor ao nível da face e membros superiores há 30 minutos. Neste contexto, realizou exames complementares de diagnóstico onde se verifica uma fratura ao nível do maxilar inferior esquerdo. Como antecedentes pessoais tinha dislipidemia e era ex-recluso.

Posto a situação, a pessoa sofreu alguns comentários por parte de alguns profissionais, sugerindo que este estaria embriagado, quando o Sr. A. estava consciente e orientado e já tinha referido que não tinha ingerido qualquer tipo de bebida alcoólica. A médica assistente prescreve a realização de exames e análises e tendo em conta o contexto, esta não volta a reobservar a pessoa, atempadamente, mesmo com os relatórios já disponíveis, ficando o resto da noite a aguardar uma observação diferenciada por parte de especialidades como ortopedia e cirurgia maxilo-facial.

Da nossa parte, enquanto equipa de enfermagem, e após termos verificado que os resultados dos exames tinham sido disponibilizados, tentamos contactar a equipa médica de forma a que o doente fosse novamente observado e, encaminhado para a especialidade indicada. Passado algum tempo tentamos novamente realizar o contacto, desta vez com sucesso, tendo o utente sido encaminhado para observação pela ortopedia, e posteriormente, para a cirurgia maxilo-facial no contexto da fratura do maxilar.

Entretanto foram, também, disponibilizados o resultados das análises e demonstravam que o Sr. A. não tinha álcool no sangue.

O Sr. A. ficou cerca de 2h à espera de nova reavaliação médica, com dor e desconforto porque não foi dado o devido valor à situação por parte de alguns profissionais de saúde, tendo em conta o motivo de vinda e o pensamento que o Sr. A. estaria embriagado, tendo adiado a sua intervenção cirúrgica no contexto da fratura do maxilar.

## **2ª Etapa: SENTIMENTOS**

Na segunda etapa desta metodologia, procede-se à descrição dos sentimentos e reações experienciadas perante a situação, sem os analisar, procurando dar resposta à questão: quais foram as reações/sentimentos? (Gibbs, 2013).

No decorrer da situação, fui sujeito a inúmeras emoções, pois senti que a pessoa em situação crítica estava a ser estigmatizada só pelo facto de ter sido colhido por um touro. Senti preocupação pelo facto de o Sr. A. estava em sofrimento e com dor, mesmo após a administração de analgesia. Tive o sentimento de frustração, pois tendo em conta a situação, eu e outro colega tentamos dizer que o Sr. A. não parecia realmente alcoolizado, mas, ainda assim, o comportamento por parte de alguns profissionais manteve-se o mesmo. Ainda sentimos mais frustração por perceber o diagnóstico da pessoa, com a disponibilização dos relatórios, tentamos contactar o médico assistente e este não atender.

## **3ª etapa: AVALIAÇÃO**

Na terceira etapa de avaliação, pretende-se a descrição dos aspetos positivos e negativos no evento descrito, efetivando julgamentos, de maneira a dar resposta à pergunta: o que foi bom e mau na experiência? (Gibbs, 2013).

Analisando a situação com um olhar crítico, é possível constatar que existem fatores positivos e negativos a retirar da mesma.

Como fatores positivos identifico o facto de alguns elementos da equipa de enfermagem terem tentado fazer ver aos colegas que realmente o Sr. A. não estava alcoolizado. Ainda, como fator positivo destaco a intervenção por parte da equipa de enfermagem para com a equipa médica de forma sensibilizar, a ajudar e promover uma rápida intervenção cirúrgica. Do ponto de vista do Sr. A., penso que como fator positivo foi este manter sempre a calma e agir de forma cordial mesmo quando diziam que estava alcoolizado, facilitando uma melhor compreensão e cooperação.

A estigmatização negativa por parte de alguns profissionais de saúde foi, sem dúvida, um dos aspetos negativos da situação relatada. Identifica-se também como fator negativo, a demorada intervenção por parte da equipa médica desfavorecendo o bem-estar físico e

emocional do Sr. A., estando este numa situação delicada necessitando de uma intervenção cirúrgica.

#### **4ª Etapa: ANÁLISE**

Segue-se a etapa de análise, onde se pretende encontrar sentido nas experiências, combinando ideias e pensamentos às experiências. Nesta fase, procura-se dar resposta à questão: que sentido podemos encontrar na situação? (Gibbs, 2013).

Segundo Ferreira et al., (2014), a definição de doença é baseada nos valores de vida e de saúde sendo algo individual, consoante o que é esperado por cada um de nós.

O estigma é descrito como um processo social que provoca nos seres humanos perturbações mentais, provocando um decréscimo da qualidade de vida. (Ferreira & Carvalho, 2020).

O processo de estigmatização é descrito como a depreciação de uma pessoa tendo em conta as suas características pessoais e/ou físicas por parte de um ou vários indivíduos que socialmente e moralmente identifiquem como inaceitáveis, despoletando reações negativas e discriminação. (Ferreira et al., 2014). Ainda, segundo Ferreira & Carvalho (2020), essas atitudes por parte da população, incluindo os profissionais de saúde, torna as pessoas vulneráveis e mentalmente débeis.

A pessoa quando está consciente dos estereótipos negativos face ao seu estado de saúde, tende a adotar estratégias como, por exemplo, ocultar fatores importantes da sua condição de saúde e antecedentes pessoais, com o intuito de se proteger e evitar a discriminação.

(Ferreira, et al., 2014).

Segundo Rodrigues & Dias (2012), os profissionais de saúde tem de, na prestação de cuidados, por de lado as suas perceções e ideais prevenindo complicações na interação com as pessoas. A discriminação e a estigmatização têm impacto negativo nas intervenções nos cuidados de saúde.

Ainda, de acordo com Rodrigues & Dias (2012) os profissionais de saúde são preponderantes na atuação, no que toca ao respeito para com a pessoa, há diminuição das

desigualdades, promovendo uma relação terapêutica saúde-doente e profissional-doente eficiente e positiva.

Segundo Correia (2022), cabe à equipa de enfermagem identificar as necessidades da pessoa em situação crítica e intervir de acordo com as mesmas, pois a sua condição de saúde é instável e pode variar a qualquer momento.

Trespasando para o caso vivenciado, alguns elementos da equipa de enfermagem interviram de acordo com o que é expectável, no que toca à relação pessoa/profissional, tentado demonstrar que efetivamente o Sr. A. não estaria etilizado e promoveram a rápida intervenção por parte da equipa médica favorecendo o seu bem-estar, ou seja, diminuindo a dor, o desconforto e acelerar a intervenção cirúrgica. A atuação destes profissionais de saúde permitiu a que a pessoa não se sentisse desapojada colaborando com os mesmos. Deste modo, evidencia-se que, como profissionais de saúde, devemos meter a saúde do mesmo sempre em primeiro lugar, mantendo o dever ético e deontológico inserido nos cuidados de saúde, de forma a que a pessoa em situação crítica seja intervencionada de forma eficiente.

### **5ª Etapa: CONCLUSÃO**

Na fase da conclusão, apresenta-se a conclusão da análise realizada dando resposta à pergunta: o que posso concluir? (Gibbs, 2013).

Após este processo refletivo conclui-se que os enfermeiros são fundamentais junto da pessoa em situação crítica, pois são os profissionais de saúde com maior capacidade de criar uma relação empática com a pessoa e prestar cuidados de saúde de proximidade direta.

Na experiência vivenciada, os enfermeiros tiveram um papel importante durante toda a abordagem ao Sr. A., monitorizando os relatórios dos exames complementares de diagnóstico e sinais vitais e promoveram uma relação de empatia com a pessoa, não estigmatizando todo o contexto, promovendo um impacto positivo à pessoa durante internamento. No entanto, ficou igualmente demonstrado, que esta, mesma, estigmatização por parte dos profissionais e a desvalorização da situação geral da pessoa compromete o seu bem-estar.

De acordo com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica, é possível afirmar que a experiência ocorrida permitiu-me

desenvolver competências no âmbito do cuidado à pessoa e a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

### **6ª Etapa: PLANEAMENTO DA AÇÃO**

Na última etapa, procura-se projetar o acontecimento num futuro próximo, incentivando a reflexão sobre a ação e os passos a seguir em caso de experienciar um evento semelhante. Procura-se responder à questão: o que devo fazer se a situação ocorrer novamente? (Gibbs, 2013).

Tendo em conta a situação vivenciada e demonstrada ao longo deste ciclo reflexivo acredito que a atitude tomada por alguns elementos da equipa de enfermagem foi adequada e exemplar, pois procurou sempre o bem-estar físico e emocional da pessoa, promovendo a rápida intervenção médica/cirúrgica.

Num olhar futuro, é crucial sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da não estigmatização e desvalorização de certas situações, refletindo sobre a prática profissional, assim como, da comunicação interprofissional. Uma abordagem centrada na pessoa é essencial, sendo sempre regida por os princípios éticos e deontológicos, promovendo a igualdade e, acima de tudo, o bem estar físico e emocional da pessoa em situação crítica.

## CONCLUSÃO

Com a realização deste jornal de aprendizagem foi possível realizar uma reflexão, tendo como guia o ciclo reflexivo de Gibbs, permitindo a realização de uma análise de um caso específico e o modo de atuação e percepção dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar e da pessoa em situação crítica.

Considero importante a realização deste trabalho, pois permite-me enquanto futuro enfermeiro especialista em médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica, identificar, analisar e dar resposta a situações de desconforto e de estigmatização à pessoa em situação crítica, promovendo o seu bem-estar físico e emocional diminuindo a sua hospitalização e tudo o que esta implica.

É importante o enfermeiro especialista estar alerta para situações semelhantes, liderando a equipa para o cuidar à pessoa priorizando, assim, os cuidados e evitando complicações associadas à patologia que motivou o internamento. É, imprescindível, a promoção do conforto à pessoa em situação crítica, sendo tão necessário a rápida observação inicial como a, posterior, reobservação, de forma a que seja identificado o problema major, sendo realizados os devidos procedimentos e encaminhada de forma célere para a especialidade devida, tendo uma melhor monitorização, um ambiente calmo e tranquilo prevenindo, assim, complicações.

É fulcral que durante a realização de procedimentos, sejam eles observacionais ou práticos, mantenhamos o código ético e deontológico no centro das nossas ações, de forma a agir positivamente para a recuperação da pessoa em situação crítica, evitando a depreciação, discriminação e desigualdade. Deste modo, não fazemos sentir a pessoa vulnerável e emocionalmente fragilizada, melhorando a sua hospitalização tendo uma transição de saúde-doença saudável.

Concluo que, o ciclo reflexivo de Gibbs, fornece-nos todas as ferramentas necessárias para a realização de uma reflexão completa e estruturada sobre determinados casos/situações clínicas que ocorrem em atividade laboral, promovendo a uma melhor resposta em situações idênticas que possam acontecer futuramente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Correia, A. F. (2022). Benefícios da visita de familiares à pessoa em situação crítica. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa.
- Ferreira, G. C. L., Silveira, P. S. D., Noto, A. R., & Ronzani, T. M. (2014). Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: uma revisão sistemática da literatura. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 19, 77-86.
- Ferreira, M. S., & Carvalho, MCA, (2020). Contribuições da educação profissional na enfermagem para o enfrentamento da estigmatização associada aos transtornos mentais. *Barbarói*, 56(1), 127-40.)
- Gibbs, G. (2013). Learning by doing (1ª ed ed.). Oxford Brookes University: Creative Commons.
- Ordem dos Enfermeiros, O. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário Da República, 2a Série – No135 - 16 de julho de 2018.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 189-211.
- Rodrigues, R., & Dias, S. (2012). Encontro com a diferença: a perspetiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. In *Forum Sociológico. Série II* (No. 22, pp. 63-72). CESNOVA.

## 2º Campo de Estágio- UCI

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

2º Ano 1º Semestre

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular Estágio

### ***JORNAL DE APRENDIZAGEM***

**Discente:**

Bruno Macedo, Nº 113265

**Docentes:**

Profª Mestre Diana Vareta

Almada

Outubro 2024

## INDÍCE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>123</b>
<b>CICLO REFLEXIVO DE GIBBS .....</b>	<b>124</b>
<b>1ª Etapa: DESCRIÇÃO .....</b>	<b>124</b>
<b>2ª Etapa: SENTIMENTOS.....</b>	<b>125</b>
<b>3ª etapa: AVALIAÇÃO .....</b>	<b>125</b>
<b>4ª Etapa: ANÁLISE .....</b>	<b>126</b>
<b>5ª Etapa: CONCLUSÃO.....</b>	<b>127</b>
<b>6ª Etapa: PLANEAMENTO DA AÇÃO .....</b>	<b>128</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>130</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio relativo ao 2º ano, 1º semestre do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, faz parte do elemento de avaliação a realização de um Jornal de Aprendizagem, sobre uma experiência da prática profissional desenvolvida durante o estágio, analisando e refletindo sobre a mesma, através da metodologia do ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs. Este ciclo de aprendizagem está estruturado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

O ciclo reflexivo de Gibbs permite organizar de forma sistematizada todo um processo de construção reflexiva, sequencial e detalhada percorrendo as diferentes etapas incluídas nesta ferramenta metodológica (Pereira-Mendes, 2016).

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre uma situação experienciada no contexto clínico, promovendo, deste modo, o desenvolvimento de competências na área da pessoa em situação crítica.

É de salientar que a identificação da pessoa e as informações clínicas descritas neste trabalho foram alteradas de modo a garantir a confidencialidade e a salvaguardar o dever de sigilo profissional.

## CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

### **1ª Etapa: DESCRIÇÃO**

Nesta primeira etapa objetiva-se a descrição do evento de forma simples, sem juízos de valor, de forma a dar resposta à pergunta: o que aconteceu? (Gibbs, 2013).

O Sr. C. esta internado na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Cuf Tejo, após ter sido submetido a cirurgia por uma fratura pertrocantérica, resultante de uma queda accidental da cama no serviço de internamento de medicina deste mesmo hospital. Além deste diagnóstico, tinha também hipocaliemia e lesão renal aguda.

No decorrer da hora da visita, é exposto pelo familiar que não tinha tomado conhecimento do que tinha ocorrido, não sabia o motivo do, neste caso o pai, estar internado na Unidade de Cuidados Intensivos e que apenas lhe tinha sido dito que o pai tinha sofrido uma queda. Estava bastante incomodado, visto que não houve o cuidado dos profissionais terem comunicado o sucedido à família, por os cuidados do leito como o elevar as grades da cama não terem sido realizados proporcionando a queda e, ainda, sentia-se indignado tendo em conta o fato de ter o familiar internado num hospital privado e estes problemas acontecerem.

Da nossa parte, eu e a enfermeira, tentámos perceber o que tinha acontecido em diário clínico com o Sr. C. durante o internamento no serviço de medicina e, após isso tentar dar as informações possíveis enquanto enfermeiros do que estava a decorrer com o Sr. C. tentando acalmar e desmistificar o facto de este estar, agora, internado na Unidade de Cuidados Intensivos. Além disto, falamos com o médico ao qual o Sr. C. estava atribuído na medida de este poder esclarecer o familiar da melhor forma, tranquilizando-o e tentando integrá-lo nos cuidados.

Após isto, o familiar fica mais tranquilizado, cooperante e compreensivo, pede desculpa pela forma como exprimiu o seu descontentamento e tenta perceber junto de mim e da enfermeira o que iria agora decorrer e quais os próximos passos para que o Sr. C. pudesse melhorar o seu estado clínico, tentando no que lhe fosse possível ajudar.

## **2ª Etapa: SENTIMENTOS**

Na segunda etapa desta metodologia, procede-se à descrição dos sentimentos e reações experienciadas perante a situação, sem os analisar, procurando dar resposta à questão: quais foram as reações/sentimentos? (Gibbs, 2013).

No decorrer da situação, eu e a enfermeira após o sucedido fizemos uma reflexão conjunta, em que sentimos que faz parte da pessoa em situação crítica também a família, e ficamos um pouco incomodados com a situação, pois era incompreensível e irresponsável como é que um familiar de uma pessoa a que foi submetida a cirurgia não teve qualquer conhecimento sobre toda essa situação, tendo em conta os riscos da mesma. Foi uma intervenção que felizmente correu bem, mas que se tivesse corrido mal podia ter sido muito grave. A importância de integrar os familiares nos cuidados de saúde é, também, uma intervenção de enfermagem e não deve ser descurada. Ficamos preocupados, inicialmente perplexos, impotentes, pois não sabíamos muito bem o que dizer ao familiar, pois não tínhamos conhecimento da situação e não é algo que, felizmente, aconteça com tanta frequência.

## **3ª etapa: AVALIAÇÃO**

Na terceira etapa de avaliação, pretende-se a descrição dos aspetos positivos e negativos no evento descrito, efetivando julgamentos, de maneira a dar resposta à pergunta: o que foi bom e mau na experiência? (Gibbs, 2013).

Analisando a situação com um olhar crítico, é possível constatar que existem fatores positivos e negativos a retirar da mesma.

Como fatores positivos identifiquei a calma, o controlo emocional e a tentativa imediata de ajudar a perceber o que tinha ocorrido por parte de mim e da enfermeira de modo a transmitir a informação mais credível, fundamentada e possível ao familiar promovendo a um diálogo intuitivo, calmo e de cooperação entre ambas as partes. Também o facto de termos tentado de imediato falar com o médico responsável pelo Sr. C. para que este pudesse dar também uma informação mais detalhada do sucedido, sensibilizando-o a ajudar o familiar a interiorizar e compreender melhor todo o processo a que o Sr. C. foi submetido.

Do ponto de vista do familiar do Sr. C. apesar de toda a sua indignação, penso que manteve sempre um diálogo cordial, calmo e facilitador promovendo a uma melhor compreensão e cooperação.

Como fatores negativos, é de destacar toda a falta de informação, irresponsabilidade e desapeço pela família por parte dos profissionais de saúde da medicina/ortopedia.

#### **4ª Etapa: ANÁLISE**

Segue-se a etapa de análise, onde se pretende encontrar sentido nas experiências, combinando ideias e pensamentos às experiências. Nesta fase, procura-se dar resposta à questão: que sentido podemos encontrar na situação? (Gibbs, 2013).

Segundo Veiga (2023), grande parte dos enfermeiros assumem que a comunicação é um processo importante junto das famílias criando uma relação de empatia.

A comunicação deve ser imperial no que toca aos cuidados de saúde, não só pela importância na compreensão mútua entre profissional-pessoa e profissional-família, mas também, pela segurança dos mesmos (Oliveira, 2023).

A integração dos familiares nas intervenções de enfermagem é essencial de modo a que estes se possam sentir incluídos, tanto ao nível do cuidado, como, na tomada de decisão e na defesa da pessoa em situação crítica (Sousa et al., 2019).

Segundo Santos e Grilo (2021), tanto a pessoa em situação crítica como os seus familiares, devem ser sempre tidos em conta, pois são os que sofrem transições na sua vida, são portadores de informações valiosas e são os intervenientes de todo o processo a ocorrer de saúde-doença, sendo fundamentais para a promoção, segurança e garantia da continuidade de cuidados.

Este envolvimento da família nas intervenções à pessoa em situação crítica, vai promover a uma satisfação da mesma e a uma redução da ansiedade (Veiga, 2023).

De acordo com Veiga (2023), o enfermeiro tem como dever informar a pessoa em situação crítica e a sua família sobre todas as intervenções de enfermagem e esclarecer dúvidas relacionadas com enfermagem.

Por fim, segundo Sousa et al. (2019), a transição do nível de cuidados, é descrito como um momento vulnerável.

Trespassando para o caso vivenciado, penso que eu e a enfermeira tivemos uma capacidade de resposta adequada tendo em conta o choque a que fomos sujeitos pelo caso explícito pelo familiar, tendo ainda conseguido acalmar o mesmo, explicar o que podíamos e falar com o médico responsável, para que este pudesse dar uma informação clínica mais detalhada sobre o Sr. C. A comunicação neste caso foi bastante importante, pois houve a compreensão mútua, uma tentativa clara de ajuda para o ocorrido e foi uma arranjada uma solução para que este familiar pudesse ser integrado e tranquilizado. Ainda para mais, tendo tido uma mudança do serviço de medicina para a unidade de cuidados intensivos, deixou o familiar um pouco preocupado com o desenvolvimento do caso, mas algo que foi desmistificado tanto por mim como pela enfermeira. É, assim, possível afirmar que os profissionais de saúde são importantíssimos na integração da família e da pessoa em situação crítica nos seus cuidados, de modo a que a gestão, a garantia da continuidade de cuidados e segurança dos mesmos sejam executados promovendo a uma hospitalização positiva.

### **5ª Etapa: CONCLUSÃO**

Na fase da conclusão, apresenta-se a conclusão da análise realizada dando resposta à pergunta: o que posso concluir? (Gibbs, 2013).

Após este processo refletivo conclui-se que os enfermeiros são fundamentais junto da pessoa em situação crítica, pois são os profissionais de saúde com maior capacidade de criar uma relação empática com a pessoa e família, prestando cuidados de saúde de proximidade direta, envolvendo todos os lesados no ato de cuidar através da integração dos mesmos nos cuidados de saúde.

Na experiência vivenciada, eu e a enfermeira tivemos um papel fundamental da forma como reagimos a toda a informação declarada pelo familiar do Sr. C., mantendo uma postura recetível, preocupada e de escuta ativa. Tentámos ao longo da conversa entender todo o processo a que o Sr. C. e os seus familiares foram submetidos tentando, posteriormente, esclarecê-los do ocorrido dentro do que é possível a nível de enfermagem, desmistificar o porquê de o Sr. C. estar na unidade de cuidados intensivos e encontrar uma solução para que estes pudessem ter uma informação clínica mais detalhada falando com o médico. Foi possível

perceber que cada vez mais a importância da família e a sua integração nos cuidados de saúde é fundamental para que haja uma melhor hospitalização. O facto de não se ter informado este familiar que o Sr. C. iria sofrer uma intervenção cirúrgica, foi a meu ver, um ato de irresponsabilidade, pois felizmente correu tudo bem, mas tendo o Sr. C. 82 anos de idade e algumas comorbilidades, haveria sempre o risco de não correr. Além disso, o Sr. C. foi obrigado a passar por todo este processo sozinho, sem nenhum apoio familiar, aumentando a ansiedade, angústia e diminuindo a animosidade, comprometendo o seu bem-estar, algo que deveria sempre ser tido em conta. .

De acordo com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica, é possível afirmar que a experiência ocorrida permitiu-me desenvolver competências no âmbito do cuidado à pessoa e a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

### **6ª Etapa: PLANEAMENTO DA AÇÃO**

Na última etapa, procura-se projetar o acontecimento num futuro próximo, incentivando a reflexão sobre a ação e os passos a seguir em caso de experienciar um evento semelhante. Procura-se responder à questão: o que devo fazer se a situação ocorrer novamente? (Gibbs, 2013).

Tendo em conta a situação vivenciada e demonstrada ao longo deste ciclo reflexivo acredito que a atitude tomada e a postura demonstrada por mim e pela enfermeira foi adequada e exemplar, pois tentou-se sempre demonstrar interesse, envolvemo-nos com o sucedido e tentou-se arranjar uma solução e que aquela familiar não se fosse embora sem ficar esclarecido e com as informações possíveis de facultar dadas, com o intuito de o envolver nos cuidados e por sua vez, ajudar o Sr. C. no seu bem estar emocional, promovendo a uma rápida hospitalização.

Futuramente, é importante sensibilizar toda equipa multidisciplinar para a importância da valorização e integração da família nos cuidados de saúde na pessoa em situação crítica, promovendo a comunicação e empatia com os mesmos. Uma abordagem centrada na pessoa e família é essencial, sendo sempre regida por os princípios éticos e deontológicos, promovendo a igualdade e, acima de tudo, o bem estar físico e emocional da pessoa em situação crítica.

## CONCLUSÃO

Com a realização deste jornal de aprendizagem foi possível realizar uma reflexão, tendo como guia o ciclo reflexivo de Gibbs, permitindo a realização de uma análise de um caso específico e o modo de atuação e percepção dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar e da pessoa em situação crítica.

Considero importante a realização deste trabalho, pois permite-me enquanto futuro enfermeiro especialista em médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica, identificar, analisar e dar resposta a situações a que não estou preparado e que sejam desconfortáveis tanto para a pessoa em situação crítica como a sua família, promovendo o seu bem-estar físico e emocional diminuindo a sua hospitalização e tudo o que esta implica.

É importante o enfermeiro especialista estar alerta para situações semelhantes, liderando a equipa para o cuidar à pessoa priorizando, assim, os cuidados e evitando complicações associadas à patologia que motivou o internamento. É, imprescindível, o envolvimento, quando possível, da família da pessoa em situação crítica, pois irá promover o conforto à pessoa em situação crítica, sendo este um fator primordial na diminuição de ansiedade, no fornecimento de dados importantes e no apoio incondicional.

É fulcral que durante todo este processo, o enfermeiro especialista mantenha o código ético e deontológico no centro das suas ações, agindo positivamente para a recuperação da pessoa em situação crítica, comunicando todas as suas intervenções tanto à pessoa em situação crítica como familiares. Deste modo, é possível garantir a segurança dos cuidados, a continuação dos mesmos e a envolvência da pessoa e família nos cuidados diminuindo a vulnerabilidade da pessoa em situação crítica melhorando a sua hospitalização tendo uma transição de saúde-doença saudável.

Concluo que, o ciclo reflexivo de Gibbs, fornece-nos todas as ferramentas necessárias para a realização de uma reflexão completa e estruturada sobre determinados casos/situações clínicas que ocorrem em atividade laboral, promovendo a uma melhor resposta em situações idênticas que possam acontecer futuramente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gibbs, G. (2013). Learning by doing (1ª ed ed.). Oxford Brookes University: Creative Commons.

Oliveira, P. C. A. (2023). *A comunicação da equipa de cuidados na promoção da segurança da pessoa em situação crítica* (Doctoral dissertation).

Ordem dos Enfermeiros, O. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário Da República, 2a Série – No135 - 16 de julho de 2018.

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 189-211.

Santos, & Grilo, A. (2021). Comunicação e Gestão Da Informação Para a Segurança Do Doente. In *Guia Prático Para a Segurança do Doente* (1a ed., pp. 63–77). LIDELEdições Técnicas, Lda.

Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019 (21), 151–158. <https://doi.org/10.12707/RIV19014>

Veiga, M. M. D. D. S. (2023). Estratégias de envolvimento da família da pessoa em situação crítica, implementadas pelo enfermeiro em unidade de cuidados intensivos.

### 3º Campo de Estágio - UCICOR

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

2º Ano 1º Semestre

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular Estágio

## ***JORNAL DE APRENDIZAGEM***

**Discente:**

Bruno Macedo, Nº 113265

**Docentes:**

Profª Mestre Diana Vareta

Almada

dezembro 2024

## INDÍCE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>123</b>
<b>CICLO REFLEXIVO DE GIBBS.....</b>	<b>124</b>
<b>1ª Etapa: DESCRIÇÃO .....</b>	<b>124</b>
<b>2ª Etapa: SENTIMENTOS .....</b>	<b>125</b>
<b>3ª etapa: AVALIAÇÃO.....</b>	<b>125</b>
<b>4ª Etapa: ANÁLISE.....</b>	<b>126</b>
<b>5ª Etapa: CONCLUSÃO .....</b>	<b>127</b>
<b>6ª Etapa: PLANEAMENTO DA AÇÃO.....</b>	<b>128</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>130</b>

## INTRODUÇÃO

Em contexto de avaliação, é pedido para a unidade curricular Estágio relativo ao 2º ano, 1º semestre do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, é pedido a realização de um jornal de aprendizagem. Este jornal consiste numa análise reflexiva uma experiência vivida durante esta unidade curricular utilizando, para isso, o ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs. Este ciclo de aprendizagem é estruturado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

O ciclo reflexivo de Gibbs é uma ferramenta de fácil utilização, sistematizada e orientada para o futuro, pois permite uma construção reflexiva e pormenorizada de todas as etapas integrantes neste ciclo (Carvalho et al., 2022).

Este trabalho tem como finalidade a capacidade reflexiva de uma experiência vivenciada no contexto clínico, adquirindo ferramentas de resposta, promovendo a obtenção de competências na área da pessoa em situação crítica.

No decorrer deste trabalho, de modo a garantir a confidencialidade e promover o dever de sigilo profissional, a identificação da pessoa e as informações clínicas foram modificadas.

## CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

### **1ª Etapa: DESCRIÇÃO**

Nesta primeira etapa objetiva-se a descrição do evento de forma simples, sem juízos de valor, de forma a dar resposta à pergunta: o que aconteceu? (Gibbs, 2013).

O Sr. F., de 67 anos de idade, esteve internado na Unidade de Cuidados Intermédios Coronários do Hospital São Bernardo, com os diagnósticos de insuficiência cardíaca descompensada, diabetes mellitus descompensada e insuficiência renal agudizada com necessidade de hemodiálise.

Durante o internamento, o Sr. F. esteve sempre consciente e orientado na pessoa, espaço e tempo. Durante os vários dias, não se verificavam melhorias na sua condição de saúde, apesar de todas as perfusões, técnicas e intervenções realizadas.

Durante a visita verificou-se que os familiares traziam refeições para o Sr. F. muito pouco saudáveis como bifanas, fritos e bolachas. Inicialmente, pensou-se que pudesse ter sido apenas um dia isolado tendo-se ficado mais alerta para esta situação, algo que se veio a repetir dia após dia.

Numa manhã, durante a higiene, eu e a enfermeira orientadora alertamos o Sr. F. para os cuidados a ter com a sua alimentação, pois isso poderia ser o motivo a sua descompensação. Este parecia ter percebido a informação transmitida, só que mais tarde volta a receber a visita da familiar e esta traz-lhe um pastel de bacalhau e queijo. Enquanto comia, eu e a minha enfermeira orientadora intervimos e ela diz-lhe: “entre comer esse pastel e ficar a fazer diálise para sempre, o que é que prefere?” e foi aí que ele realmente entendeu a gravidade da situação e a importância da alimentação. Foram, ainda, realizados ensinamentos à família apesar de esta ter dito que o Sr. F. “obrigava-os” a trazer este tipo de comida se não ficava chateado com eles. Foram entregues panfletos sobre a diabetes, a insuficiência renal e insuficiência cardíaca tanto aos familiares como ao Sr. F. e, nas visitas seguintes, começaram a trazer-lhe alimentos saudáveis como fruta e saladas.

Após isto, passado três dias deixou de ter necessidade de realizar técnica de hemodiálise, deixou de ter perfusões em curso e, necessitou de ajuste de insulina, pois a

que realizava provocava hipoglicémias recorrentes. Deste modo melhorou o seu estado de saúde de forma exponencial.

## **2ª Etapa: SENTIMENTOS**

Na segunda etapa desta metodologia, procede-se à descrição dos sentimentos e reações experienciadas perante a situação, sem os analisar, procurando dar resposta à questão: quais foram as reações/sentimentos? (Gibbs, 2013).

No momento da higiene, eu e a enfermeira sentimos que realmente tínhamos conseguido alertar o Sr. F., promovendo este a ter melhores hábitos alimentares melhorando a sua saúde, tendo este, transmitido um feedback positivo há informação que tínhamos acabado de transmitir, no entanto, posteriormente quando a familiar vem visitar o Sr. F. e vimos este a comer o pastel de bacalhau, sentimos uma desilusão, sentimos que a conversa que tínhamos tido há horas com o Sr. F. tinha sido inútil e ficamos dececionados, tendo a necessidade de reagir e alertado o Sr. F. de forma mais ríspida e assertiva de modo a que esta percebesse os riscos que estava a cometer prejudicando a sua saúde. Este pediu desculpa, sentiu-se envergonhado e ficou com uma noção mais realista do que poderia ser a sua vida daqui para a frente caso não mudasse os seus hábitos alimentares. Após ter deixado as perfusões e ter sido removidos os cateteres de hemodiálise, ficou realmente muito satisfeito e agradeceu pela paciência e ensinamentos realizados, tendo melhorado a condição de saúde significativamente. Eu e a enfermeira sentimos que desta vez, teríamos conseguido transmitir a informação e ficámos contentes e com a sensação de dever cumprido, pois fomos parte integrante na melhoria clínica do Sr. F. Tivemos, também, um papel preponderante junto da família do Sr. F., pois quando se viram envolvidos na situação, em que as suas ações estavam a piorar a situação clínica do Sr. F. mesmo sendo por vontade do próprio, ficaram extremamente preocupados e nervosos e, foi perceptível que era de forma inocente que o faziam, pois queriam que o Sr. F. se sentisse bem. Foram realizados ensinamentos de hábitos alimentares saudáveis além da entrega dos panfletos, de modo a que estes pudessem ajudar a melhorar toda a situação clínica apresentada.

## **3ª etapa: AVALIAÇÃO**

Na terceira etapa de avaliação, pretende-se a descrição dos aspetos positivos e negativos no evento descrito, efetivando julgamentos, de maneira a dar resposta à pergunta: o que foi bom e mau na experiência? (Gibbs, 2013).

Foram identificados como aspectos positivos os ensinamentos realizados ao Sr. F. e à família, a resposta dada ao facto de o Sr. F., após o ensino realizado ao próprio sobre os cuidados a ter

com a sua alimentação, ter continuado a ter hábitos alimentares prejudiciais à sua saúde, tendo havido a necessidade de sermos mais assertivos e adaptar o método de ensino, a entrega de folhetos informativos sobre as patologias e hábitos alimentares tanto à família como ao Sr. F. foram primordiais para que estes pudessem ter uma fácil interpretação do que foi verbalmente explicado e ver a melhoria da situação clínica após toda essa intervenção realizada tendo deixado de ter a necessidade de realizar técnica dialítica e perfusões contínuas. Para o Sr. F. considero que estes ensinamentos tiveram repercussões positivas no seu estado clínico e modo de vida, pois havendo a necessidade de realizar hemodiálise iria afetar a sua rotina, os maus hábitos alimentares levariam a possivelmente mais internamentos por agravamento das comorbilidades já adquiridas e o retirar o catéter central, o catéter de hemodiálise e o catéter urinário diminuiriam o risco de infeção. Para a família os aspectos positivos retirados desta análise foram a capacidade de entender o explicado tendo começado a ajudar ao nível da alimentação, começando a trazer alimentos mais saudáveis e a integração dos mesmos nos cuidados do familiar.

Como aspectos negativos, para nós enquanto profissionais de saúde, foi a falha que existiu de comunicação na primeira tentativa de realização de ensinamentos, pois apesar do feedback do Sr. F. ter sido positivo, este não mudou os seus hábitos alimentares e o sentimento de frustração e o sentimento que toda a conversa durante a higiene teria sido em vão, algo que conseguimos, posteriormente, dar a volta por cima como explicado anteriormente. Para o Sr. F. os aspectos negativos foram a pouca percepção do seu estado clínico, a pouca percepção da sua realidade caso mantivesse os mesmos hábitos alimentares e o ter dado um feedback positivo nos ensinamentos realizados primeiramente, mas que revelou terem sido em vão, pois manteve-se no mesmo registo. Para a família, o facto de pensar que estar a fazer bem, de forma a manter o familiar agradado tendo em conta todo este processo de hospitalização, na verdade estava a ser o fator prejudicial à sua melhoria clínica.

Em suma, todas as adversidades esplanadas anteriormente foram ultrapassadas, algo que teve resultados a olhos vistos com a melhoria clínica do Sr. F. A família foi envolvida nos cuidados e mostrou-se essencial neste processo, O Sr. F. foi chamado à realidade e tendo visto o que poderia ser a sua vida futura, teve a capacidade de mudar os seus hábitos alimentares, mostrando-se integrado nos cuidados de saúde, de modo a prevenir complicações e a ter uma vida saudável dentro da possibilidade existente. Nós, profissionais de saúde, fizemos o nosso papel, fomos resilientes no que toca aos ensinamentos e formas de melhorar a interpretação dos

mesmos, através da entrega dos panfletos e garantimos a melhoria dos cuidados do Sr. F., tendo tido alta da UCICOR.

#### **4ª Etapa: ANÁLISE**

Segue-se a etapa de análise, onde se pretende encontrar sentido nas experiências, combinando ideias e pensamentos às experiências. Nesta fase, procura-se dar resposta à questão: que sentido podemos encontrar na situação? (Gibbs, 2013).

A enfermagem tem como um dos principais focos a promoção de saúde, sendo uma das intervenções para atingir esta medida os ensinamentos realizados pelos enfermeiros à população (Silveira et al., 2021).

O Enfermeiro é visto, como o profissional de saúde que na comunidade tem o papel de “educador”, sendo detentor de conhecimentos técnicos e científicos, que irão promover uma melhor qualidade das informações fornecidas à população. (Silveira et al., 2021). O enfermeiro tem como papel fundamental a preparação da pessoa para uma nova realidade, para o seu novo ser, atendendo às suas comorbilidades adquiridas, de forma a que esta sofra uma transição positiva. (Silveira et al., 2021).

De acordo com Veiga (2023), a comunicação é fulcral para a criação de uma relação de empatia entre enfermeiro-pessoa e enfermeiro-família, tendo o profissional o dever de transmitir a estes todas as informações necessárias sobre as comorbilidades associadas à hospitalização, responder às dúvidas solicitadas e como melhorar os seus hábitos de vida.

As intervenções de enfermagem à família devem estabelecer um processo interpessoal e terapêutico, capacitando-a para a maximização da sua intervenção na hospitalização do seu familiar, sendo elementos proativos potencializando a recuperação e a manutenção de saúde do mesmo (Vieira, 2024). O envolvimento da família nos cuidados é, nos dias de hoje, um assunto primordial, pois ajuda a pessoa a reduzir os níveis de ansiedade, stress e promove uma maior conexão familiar e, deste modo, uma maior satisfação familiar. O ensino realizado à pessoa e família por parte da equipa de enfermagem deve ter em vista a segurança da pessoa, tornando a família parte integrante nos cuidados ao seu familiar hospitalizado (Veiga, 2023). Deste modo, a alimentação saudável é vista como matéria de ensino por parte da equipa de enfermagem, sendo fundamental para a recuperação e maximização de saúde da pessoa internada. (Ferreira et al., 2021).

O estado nutricional e uns maus hábitos alimentares por parte da pessoa são fatores de riscos para uma aumento da debilidade do sistema imunitário. É sabido, que para um melhor funcionamento das funções fisiológicas do corpo humano, é necessário a ingestão correta de macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono e lípidos) e micronutrientes (vitaminas e minerais). Sabe-se que através de alimentação adequada com a proporção correta de macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono, lípidos) e micronutrientes (vitaminas e minerais) (Oliveira et al., 2020). O controle da alimentação das pessoas internadas é uma intervenção de enfermagem fundamental, pois esta diretamente ligada ao melhor funcionamento do sistema imunitário, algo que em contexto hospitalar poderá estar deprimido, promovendo assim, uma diminuição do tempo de hospitalização e controlo das patologias diagnosticadas e comorbilidades. Deve ser feito, também, um trabalho de instrução junto da família, neste sentido, pois muitas vezes esta traz, ingenuamente, alimentação inapropriada para o contexto de internamento, prejudicando a situação clínica da pessoa (Barcellos et al., 2021).

Deste forma, é possível garantir um sistema imunitário capaz de dar resposta aos riscos existentes, assim como, a manutenção de um bom estado de saúde, melhorando o prognóstico de doença (Oliveira et al., 2020).

No caso vivenciado, penso que a comunicação inicialmente realizada com o Sr. F., foi comprometida, pois efetivamente parecia estar a ser interiorizada pelo mesmo, mas depois veio-se a refletir que não foi eficaz, tendo este voltado a comprometer toda a sua condição clínica e continuado com os mesmos hábitos alimentares. Existiu, então, a necessidade de realizar ensinamentos de uma forma diferente, ou seja, uma readaptação das intervenções previamente realizadas, tendo incluído a família nas mesmas para que, no fim, o Sr. F. visse a melhorar a sua situação clínica, algo que se veio a demonstrar dias depois desses ensinamentos. Penso que ter incluído a família neste processo, foi primordial tendo em conta que era esta que trazia alimentos menos saudáveis para agradar o Sr. F. Estes mudaram, foram integrados, foram realizados ensinamentos e fornecidos panfletos sobre a importância de uma alimentação saudável em contexto de patologia diabética e de insuficiência cardíaca, tendo a família começado a trazer alimentos saudáveis, contribuindo para a melhoria clínica do Sr. F.

Em suma, é possível afirmar que a importância dos ensinamentos de enfermagem, neste caso de mim e da minha enfermeira orientadora, foram importantes tanto para o Sr. F. pois este

melhorou significativamente a sua condição clínica, como para a família que foi integrada e sentiu-se importante em todo o processo de melhoria do seu familiar. Foram ultrapassadas as barreiras comunicativas existentes, tendo sido um fator positivo para a redução do tempo de hospitalização do Sr. F.

### **5ª Etapa: CONCLUSÃO**

Na fase da conclusão, apresenta-se a conclusão da análise realizada dando resposta à pergunta: o que posso concluir? (Gibbs, 2013).

Após a passagem por todas as etapas anteriores foi possível concluir que a enfermagem converge para o cuidado à pessoa juntamente com o cuidado com a família, promovendo a melhoria dos cuidados, resultando numa hospitalização mais saudável. A comunicação, sem dúvida, tem se mostrado preponderante pois é o meio utilizado para criar uma relação empática tanto com a pessoa como com a família, promovendo e integrando os mesmos nos cuidados prestados.

É, ainda, possível concluir que cada vez mais os ensinamentos por parte dos enfermeiros à comunidade tem sido uma mais-valia na saúde da população, aumentando a longevidade e diminuindo as incapacidades provocadas por as mais diversas comorbidades. O enfermeiro tem assim, um papel ativo na comunidade, sendo detentor de conhecimento técnico e científico, promovendo a uns hábitos de vida mais saudáveis.

Na experiência vivenciada, ficou explícito que, por vezes, a comunicação pode parecer que está a ser transmitida de forma explícita e linear, mas o recetor pode demonstrar que está a receber essa informação e a retê-la, mas no fim não ter existido a conexão ideal para que este sentisse realmente o que estava a ser dito e dizer que sim na altura em que esta está a ser transmitida e, depois, fazer o contrário ao que foi dito. Neste caso em concreto, a atitude por mim e pela minha enfermeira tomada, foi fazer ver ao Sr. F. as consequências dos seus atos e de que forma poderia ficar dependente de procedimentos regulares em meio hospitalar, levando a uma total mudança do seu modo de vida. Foi também possível realizar ensinamentos tanto ao Sr. F. como à família relativamente aos hábitos de vida que este trazia e as consequências dos mesmos, ensinando métodos para que os ajudasse a alterar esses mesmos hábitos, promovendo a saúde e bem estar do Sr. F. A presença da familiar neste momento foi importante para que o Sr. F. tivesse mais tento e rigor na sua alimentação, pois estava a prejudicar a sua vida

a olhos vistos, sem estar com a devida noção e ter a percepção dessa mesma situação. A integração da família nos cuidados foi preponderante para que este se sentisse apoiado e acompanhado nesta fase de alteração de hábitos de vida.

De acordo com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica, é possível afirmar que a experiência ocorrida permitiu-me desenvolver competências no âmbito do cuidado à pessoa e a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

### **6ª Etapa: PLANEAMENTO DA AÇÃO**

Na última etapa, procura-se projetar o acontecimento num futuro próximo, incentivando a reflexão sobre a ação e os passos a seguir em caso de experienciar um evento semelhante. Procura-se responder à questão: o que devo fazer se a situação ocorrer novamente? (Gibbs, 2013).

Através da experiência explícita ao longo deste ciclo reflexivo é possível afirmar que a tanto eu como a enfermeira percebemos a importância da comunicação, mas que acima de tudo, a importância do feedback da pessoa e/ou família relativa à informação transmitida. Foi, com esta situação vivenciada, possível enriquecer as intervenções de enfermagem realizadas, de modo a dar uma resposta significativa para que este problema fosse ultrapassado, adquirindo ferramentas para que caso no futuro volte a acontecer, possa dar uma resposta fundamentada e imediata. Estratégias como demonstração de flyers, entrega de panfletos, entre outras, são ferramentas eficientes na promoção da melhoria de cuidados tanto a nível hospitalar como em contexto domiciliário, para que as pessoas possam realizar o seu dia a dia de forma mais normal possível, atendendo às suas comorbilidades.

É, definitivamente, importante o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros junto da pessoa, família e, em contexto geral, comunidade, pois são dinâmicos e tem uma proximidade maior com as pessoas, conseguindo transmitir de forma mais eficiente informações importantes para a vida das pessoas. É, sem dúvida, uma motivação verificar o resultado das intervenções realizadas à pessoa e família, conseguindo devolver parte da vida que foi afetada pela doença, promovendo um bem-estar físico e psicológico.

## CONCLUSÃO

Com a realização deste trabalho académico, Jornal de Aprendizagem, através do ciclo reflexivo de Gibbs, foi possível realizar uma reflexão e análise detalhada de um caso vivenciado em contexto do ensino clínico Estágio, explicitando a atuação realizada e as barreiras sentidas e de que forma puderam ser contornadas.

Por vezes, nós, profissionais de saúde deparamo-nos com situações clinicamente desfavoráveis para a pessoa, como foi explicado no decorrer deste trabalho, e cabe-nos a nós identificar e planejar cuidados de enfermagem direcionados para que a melhoria da pessoa seja focalizada. Foi o caso desta experiência. Foi identificado o problema para o qual a pessoa não tinha melhoria do seu estado de saúde, foi identificado como a pessoa tinha acesso à alimentação que era prejudicial para o mesmo, foi percebido o porquê dessa situação acontecer, e foi realizado o ensino, tanto à pessoa como para a família sobre hábitos alimentares, de que modo estes estariam a prejudicar a situação clínica da pessoa e de que forma podia-se melhorar esta mesma condição. Foram também distribuídos panfletos como recurso material para que tanto a pessoa como a família pudessem ler e terem uma presença palpável do que foi transmitido.

O enfermeiro especialista deve ser detentor de conhecimentos técnico-científicos de forma a dar uma melhor resposta às adversidades inesperadas, às dúvidas sentidas da população e a prestar cuidados de enfermagem especializados. Neste contexto, foi possível dar a volta à situação vivenciada, através dos ensinamentos, melhorando assim as patologias pela qual a pessoa estava internada na UCICOR, como a diabetes descompensada que, posteriormente, houve necessidade de diminuir a quantidade de insulina administrada devido a hipoglicémias recorrentes, a insuficiência cardíaca, tendo suspenso as perfusões de diurético e de inotrópico e insuficiência renal agudizada, tendo deixado de existir a necessidade de realizar técnica de hemodiálise.

É de salientar a importância da família neste caso em específico, pois se eram o fator que estaria a prejudicar a pessoa durante a sua hospitalização, também, quando integrados nos cuidados, foram um dos principais fatores que promoveram a melhoria tendo ajudado a que a pessoa referida pudesse ter tido alta hospitalar, tendo melhorado significativamente a sua situação clínica.

Sinto que este trabalho é importante, pois através do ciclo reflexivo de Gibbs e enquanto aluno de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, permite-me desenvolver competências de especialista e adquirir ferramentas para dar resposta a situações adversas e anormais, promovendo e centrando os cuidados de enfermagem não só à pessoa em situação crítica como à sua família, dando uma melhor resposta a situações que possam acontecer no futuro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barcellos, B., Zillmer, V., Ramos, R., Linck, L., Borges, F., & Salmentão, F. (2021). Nursing care practices for people with Diabetes mellitus during hospitalization. *Research, Society and Development, 10(15)*. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22779>
- Carvalho, S., Duarte, T., & Charepe, Z. (2022). Promover a esperança perante um diagnóstico de cardiopatia congénita: reflexão sobre as vivências dos pais. *Cadernos De Saúde, 14(1)*. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.10195>
- Ferreira, R., Silva, M., & Amendoeira, J. (2021). Intervenções De Enfermagem Na Implementação De Estratégias Junto Das Crianças Do 1º Ciclo Do Ensino Básico Para A Promoção De Uma Alimentação Saudável. *Revista Da UL\_IPSantarém, 9(1)*. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24848>
- Gibbs, G. (2013). Learning by doing (1ª ed ed.). Oxford Brookes University: Creative Commons.
- Oliveira, F., Dias, C., Araújo, S., Silva, M., Silva, F., & Gomes, F. (2020). A importância da alimentação saudável e estado nutricional adequado frente a pandemia de Covid-19. *Brazilian Journal of Development, 6(9)*. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-181>
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República, 2a Série – No135 - 16 de julho de 2018*.
- Silveira, B., Gonçalves, F., Fidelis, M., Santana, R., Sarraceni, M., & Ferrari, F. (2021). Atuação da equipe de enfermagem frente a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama: uma revisão integrativa Performance of the nursing team regarding prevention and early diagnosis of breast cancer: an integrative review. *Brazilian Journal of Development, 7(7)*. DOI:10.34117/bjdv7n7-414
- Veiga, S. (2023). Estratégias de envolvimento da família da pessoa em situação crítica, implementadas pelo enfermeiro em unidade de cuidados intensivos. *Coimbra, 2023, 106 p. ilus, tab*. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-1524648>

Vieira, M. (2024). Importância Da Família Na Prestação De Cuidados De Enfermagem-Atitudes Dos Enfermeiros (Doctoral dissertation). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.8/1018>

**ANEXOS**

## Anexo I- Escala BPS

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Pontuação</b>
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída (por exemplo: abaixamento palpebral)	2
	Completamente contraída (olhos fechados)	3
	Contorção facial	4
Movimento dos membros superiores	Sem movimento	1
	Movimentação parcial	2
	Movimentação completa com flexão dos dedos	3
	Permanentemente contraídos	4
Conforto com o ventilador mecânico	Tolerante	1
	Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica a maior parte do tempo	2
	Brigando com o ventilador	3
	Sem controle da ventilação	4

## Anexo II- Escala de Rass

PONTOS	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento, perigoso, combativo
+3	Muito agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateteres
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes
+1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerto e calmo	Alerto, calmo
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, facilmente despertável, e mantém contato visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

## **ANEXO III- Escala de BIS**

Índice BIS	Estado Hipnótico
100	Consciente
80	Sonolento
70	Hipnose superficial
55	Hipnose intermediária
40	Hipnose profunda
0	Supressão da onda

## Anexo IV- Escala de Guss

## 1. Investigação Preliminar

	SIM	NÃO
<b>Vigília</b> (o utente deve estar alerta nos últimos 15 minutos)	1	0
<b>Tosse</b> (voluntária) e/ou <b>pigarreio</b> (o utente deve tossir ou pigarrear 2 vezes voluntariamente)	1	0
<b>Deglutição da saliva:</b>		
Deglutição eficaz	1	0
Baba controlada	1	0
Alteração da qualidade vocal	0	1
<b>Total:</b>		(5)
Interpretação dos resultados: 1-4: realizar investigação instrumental 5: Continuar avaliação (parte 2)		

## 2. Teste de Deglutição (material: água, água com espessante até uma espessura de pudim, pão)

Avaliar na seguinte ordem:	1	2	3
	<b>Semisólido</b> (administrar ½ colher de água com espessante. Se não existirem sintomas, administrar 5 colheres e registar)	<b>Líquido</b> (administrar 3, 5, 10 e 20 ml de água. Se não existirem sintomas administrar 50 ml. Avaliar e parar investigação se se verificar algum sintoma)	<b>Sólido</b> (administrar um pedaço de pão. Avaliar e registar se algum sintoma se verificar)
<b>Deglutição:</b>			
• Deglutição impossível	0	0	0
• Deglutição atrasada	1	1	1
• Deglutição eficaz	2	2	2
<b>Tosse involuntária</b> (antes, durante ou depois, até 3 minutos)			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
<b>Baba:</b>			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
<b>Alteração da qualidade vocal:</b>			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
<b>Total:</b>	(5)	(5)	(5)
<b>Interpretação dos resultados:</b>	1-4: realizar investigação instrumental; 5: Continuar para Líquidos	1-4: realizar investigação instrumental; 5: Continuar para Sólidos	1-4: realizar investigação instrumental; 5: Deglutição normal

## CONCLUSÃO:

Investigação Preliminar e Teste de Deglutição: \_\_\_\_\_ (20)

**Anexo V- Certificado de Participação das III Jornadas de  
Enfermagem ONE HEALTH Conquistas e Desafios na Escola Superior  
de Saúde Egás Moniz**



## CERTIFICADO

# Bruno Macedo

Declara-se que participou nas III Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

*Cidália Castro*

Presidente da Comissão Científica

*A. da Silva*

Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:

