



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Promover o Conforto da Pessoa com Enfarte Agudo do
Miocárdio: Intervenção Especializada do Enfermeiro**

Eva Luísa Cabral Antunes

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Promover o Conforto da Pessoa com Enfarte Agudo do
Miocárdio: Intervenção Especializada do Enfermeiro**

Eva Luísa Cabral Antunes



Orientador: Maria Augusta Grou Moita



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

PENSAMENTO

“Nurses are the people best equipped to confront this isolation (of the patient)
and bring comfort to the suffering”.

Katharine Kolcaba

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo amor incondicional, pela compreensão e incentivo,

Ao meu marido, pelo amor, pelo companheirismo e pela força,

Aos colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de
especialização Pessoa em Situação Crítica pela união e amizade,

À senhora professora Maria Augusta Grou Moita pela motivação,
disponibilidade e humanidade,

Aos srs. Enfermeiros orientadores, pelo seu contributo neste processo
formativo.

A todos, o meu profundo obrigada!

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ABCDE – A - airway, B - breathing, C - circulation, D - disability, E – exposure

AI – Angina Instável

APA – American Psychological Association

ATCN/ATLS – Advanced Trauma Care for Nurses/Advanced Trauma Life Support

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – Behavioral Pain Scale

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CK-MB – Creatina Quinase Mioglobina

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DCV – Doenças Cardiovasculares

DIC – Doença Isquémica Cardíaca

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMcSST – Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST

EAMsSST – Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

ESC – European Society of Cardiology

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GPT – Grupo Português de Triagem

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – I – identificação; S – situação atual; B – antecedentes pessoais; A - avaliação; R – recomendações

MNM – Marcadores de Necrose Miocárdica

MRSA – *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial da Saúde

O₂ – Oxigénio

PA – Pressão Arterial

PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PIA – Pressão Intra Arterial

PNDCCV – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SaO₂ – Saturação de Oxigénio

SAVT – Suporte Avançado de Vida no Trauma

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SH – Serviço de Hemodinâmica

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SR – Sala de Reanimação

ST – Sala de Triagem

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

O paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica requer, dos enfermeiros, uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar. Através de um processo reflexivo, baseado na melhor evidência, será possível planejar uma intervenção de enfermagem humanizadora, para um “cuidar com” a pessoa em situação crítica com enfarte agudo do miocárdio.

A maioria das pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência, nas quais se incluem a pessoa em situação crítica com enfarte agudo do miocárdio, experienciam várias formas de desconforto, quer seja por dor, ruído contínuo, iluminação artificial permanente, incapacidade em comunicar, privação do sono, limitação à presença dos familiares ou a estimulação excessiva, impondo ao enfermeiro a responsabilidade e consciencialização da importância de uma gestão eficaz e adequada do conforto, com perspetiva à humanização dos cuidados (Staveski, 2010; Rijkenberg, Stilma, Endeman, Bosman & Oudemans-van Straaten, 2015).

Da complexidade que representa o cuidar humano, colocando a pessoa no centro da sua intervenção, o conforto assume-se, assim, enquanto parte integrante dos cuidados de Enfermagem.

Ancorado no tema *Promover o Conforto da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Intervenção Especializada do Enfermeiro*, o presente relatório reflete o percurso de aquisição de competências no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O percurso documentado decorreu dos estágios em serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos coronários, com o objetivo de desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com particular enfoque na intervenção especializada do enfermeiro na promoção do conforto da pessoa com enfarte agudo do miocárdio, tendo como referencial teórico a Teoria do Conforto de Kolcaba (Kolcaba, 2003).

Palavras-chave: Conforto, Enfarte Agudo do Miocárdio, Pessoa em Situação Crítica, Intervenções de Enfermagem

ABSTRACT

The paradigm of holistic and individualized care for people in critical situations requires, from nurses, a harmonious reconciliation between the mastery of technology and the art of care. Through a reflective process, based on the best evidence, it will be possible to plan a humanizing nursing intervention to “care for” the person in a critical situation with an acute myocardial infarction.

Most people admitted to intensive care units and emergency services, which include the person in critical condition with acute myocardial infarction, experience various forms of discomfort, whether due to pain, continuous noise, continuous artificial lighting, disability in communicating, sleep deprivation, limiting the presence of family members or excessive stimulation, imposing on the nurse the responsibility and awareness of the importance of an effective and adequate management of comfort with a view to the humanization of care (Staveski, 2010; Rijkenberg, Stilma, Endeman, Bosman & Oudemans-van Straaten, 2015).

From the complexity that human care represents, placing the person at the center of their intervention, comfort is thus assumed as an integral part of nursing care.

Anchored in the theme Promoting the Comfort of Persons with Acute Myocardial Infarction: Specialized Intervention of the Nurse, this report reflects the trajectory of the acquisition of skills within the Curricular Unit Internship with Report, from the 9th Master's Course in Nursing in the Specialization Area to Person in Critical Situation, at the Lisbon Nursing School.

The documented trajectory resulted from internships in emergency services and coronary intensive care unit, in order to develop skills in providing specialized nursing care to people in critical situations, with particular focus on the specialized intervention of nurses in promoting the comfort of people with acute myocardial infarction, having as theoretical reference the Kolcaba Comfort Theory (Kolcaba, 2003).

Keywords: Comfort, Acute Myocardial Infarction, Critically Ill Patient, Nursing Interventions

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1.1. A Pessoa em Situação Crítica com Enfarte Agudo do Miocárdio.....	25
1.2. O Conforto na Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio	31
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da RIL

Apêndice II – Cronograma do 3º semestre do CMEPSC

ANEXOS

Anexo I – Certificado do Suporte Avançado de Vida em Trauma

Anexo II – Certificado das V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva

Anexo III – Curso de Eletrocardiografia Complementar

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura taxonómica do Conforto	33
--	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Intervenções de Enfermagem que promovem o conforto da pessoa com EAM.....	45
Gráfico 2 - Limitações à implementação de intervenções de Enfermagem que promovem o conforto da pessoa com EAM.....	45

INTRODUÇÃO

O presente relatório, sob o tema Promover o Conforto da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Intervenção Especializada do Enfermeiro, surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 9º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O relatório evidencia o percurso de desenvolvimento de competências, tendo por base as competências do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização à PSC (ESEL, 2010), as competências definidas nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, 2016), bem como o quadro de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) documentadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) e as competências do EE na área da PSC (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). Este percurso é suportado na evidência científica resultante da pesquisa bibliográfica, nos resultados da revisão integrativa da literatura (RIL) previamente realizada (Protocolo no Apêndice I) e na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003).

Com propósito à autonomia na tomada de decisão clínica e desenvolvimento de uma prática de Enfermagem especializada, foi considerado como referência o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado à Enfermagem por Benner (2001). A autora defende que o desenvolvimento de competências profissionais progride em cinco níveis sucessivos de proficiência, evoluindo de um estágio primário de iniciado, em que a prática se sustenta em diretrizes teóricas, abstratas e cumprimento de regras, até um estágio superior de perito, que prevê que o enfermeiro assuma um envolvimento total nos cuidados à pessoa, articulando e integrando de forma intuitiva o conhecimento teórico e a sua experiência pessoal e profissional.

A escolha do tema surgiu do culminar do exercício reflexivo sobre a minha experiência profissional com pessoas com diagnóstico clínico de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), bem como da preocupação e motivação pessoal em promover o conforto neste grupo específico, por verificar que experienciam desconforto em várias

dimensões, nomeadamente a nível físico, psicológico, emocional e ambiental. Decorrente da observação e reflexão da práxis, considero que o conforto nem sempre é devidamente valorizado e gerido em contexto de Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Assomou-se assim a necessidade de compreender o fenómeno do conforto na pessoa com EAM, de forma a identificar intervenções adequadas e adquirir competências especializadas no cuidar a pessoa/família a vivenciar um EAM.

Kolcaba desenvolveu uma teoria de médio alcance, a Teoria do Conforto, na qual o conforto se assume como o estado em que o doente se encontra, após as intervenções de Enfermagem para aliviar a causa de desconforto (Apóstolo, 2009). Segundo Kolcaba (2003), o conforto é uma condição vivida pelas pessoas que recebem medidas de conforto, sendo uma experiência imediata e holística, manifestada sob três formas - alívio, tranquilidade e transcendência.

Enquanto intervenção de enfermagem, a promoção e gestão do conforto pode ter um impacto significativo nos ganhos em saúde da PSC (Staveski, 2010). Ainda assim, a atividade de “confortar/falar com os doentes” é a atividade que mais frequentemente fica por realizar pelos enfermeiros da Europa (Ausserhofer et al., 2014).

A fase aguda do EAM é coincidente com uma maior delicadeza da situação clínica, na qual a pessoa experiencia uma situação de transição que pode motivar alterações profundas, frequentemente relacionadas com a dimensão da dor/desconforto e o desenvolvimento de ansiedade e depressão (Schweikert et al., 2009), comprometendo, como consequência, o padrão de adaptação à doença. A pessoa com EAM, enquanto PSC, requer do enfermeiro uma atitude de apoio e disponibilidade, não circunscrita ao diagnóstico clínico e ao seu tratamento, mas centrada na complexidade, individualidade e interação que o todo “pessoa” representa, aliada à multidimensionalidade do seu quadro clínico.

A maioria das pessoas internadas em UCI, nas quais se inclui a PSC com EAM, experienciam várias formas de desconforto, quer seja por dor, ruído contínuo, iluminação artificial permanente, incapacidade em comunicar, privação do sono, limitação à presença dos familiares ou a estimulação excessiva, impondo ao enfermeiro a responsabilidade e consciencialização da importância de uma gestão

eficaz e adequada do conforto, com perspectiva à humanização dos cuidados (Staveski, 2010; Rijkenberg, Stilma, Endeman, Bosman & Oudemans-van Straaten, 2015).

A aplicabilidade da Teoria do Conforto de Kolcaba à pessoa com Síndrome Coronário Agudo (SCA) foi estudada por Krinsky, Murillo & Johnson (2014), concluindo-se a diminuição de estados de ansiedade, melhoria do descanso e padrão de sono associado a um período de silêncio. Em sequência, Krinsky et al. (2014) sugerem ainda a relação entre estes fatores e a diminuição da pressão arterial, diminuição da sobrecarga cardíaca e diminuição da dor torácica associada à SCA. Da complexidade que representa o cuidar humano, colocando a pessoa no centro da sua intervenção, o conforto assume-se assim enquanto parte integrante dos cuidados de Enfermagem.

Neste âmbito, o presente relatório evidencia a reflexão sobre o percurso realizado durante o período de estágio, no qual se definiu como objetivo geral “Desenvolver competências de Enfermagem para uma intervenção especializada que vise promover o Conforto da Pessoa em Situação Crítica com Enfarte Agudo do Miocárdio e sua família, em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos”.

O relatório está estruturado em dois capítulos, com recurso a uma metodologia descritiva-reflexiva. No primeiro capítulo, é efetuado o enquadramento teórico com o desenvolvimento dos conceitos centrais da temática, fundamentados na pesquisa bibliográfica e na RIL, ancorados à disciplina de Enfermagem pelo referencial teórico de Kolcaba – a Teoria do Conforto.

No segundo capítulo, no percurso formativo concretizado em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, são explícitos os objetivos e referentes atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências.

Posteriormente, conclui-se sobre o trajeto desenvolvido, com alusão a elementos positivos, limitações e perspectivas futuras.

A elaboração deste relatório foi efetuada segundo as orientações para a elaboração de trabalhos escritos definidas pela ESEL (Godinho, 2020) e a norma de

referências bibliográficas e citações da American Psychological Association (APA) - 6ª edição (2010). A sua redação encontra-se em conformidade com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo, serão descritos os temas que suportam a problemática em estudo, nomeadamente a Pessoa em Situação Crítica com Enfarte Agudo do Miocárdio e o Conforto na Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio, sob o referencial teórico da Teoria de Kolcaba (2003).

1.1. A Pessoa em Situação Crítica com Enfarte Agudo do Miocárdio

As doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser a principal causa de morte em Portugal e na Europa, sendo também uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez, assim como de potenciais anos de vida precocemente perdidos (DGS, 2017a).

De acordo com os dados epidemiológicos, nos últimos 15 anos, as DCV têm representado a primeira causa de morte mundial, estatisticamente responsável por 31% do número de mortes registadas, traduzindo-se em 17,9 milhões de mortes associadas, por ano, em todo o mundo (OMS, 2018). Segundo a OMS (2018), calcula-se o aumento do número total de óbitos por DCV para 23,3 milhões em 2030, fazendo com que estas doenças continuem a liderar as causas de morte.

No relatório European Cardiovascular Disease Statistics 2017, verifica-se que as DCV causam anualmente 3,9 milhões de mortes na Europa e 1,8 milhões na União Europeia, 45% e 37% no número total de mortes, respetivamente (Wilkins et al., 2017). Analogamente, no panorama nacional, as DCV continuam a retratar a principal causa de morte, sendo responsáveis por 29,7% dos óbitos registados no ano de 2015 (DGS, 2017a).

As DCV agrupam a Doença Isquémica Cardíaca (DIC) e as doenças cerebrovasculares. De entre as DIC, destaca-se a SCA, assumindo particular relevância neste contexto o EAM que, pela sua rápida evolução, constitui o diagnóstico maioritariamente responsável pelas taxas de mortalidade. Dados do ano

de 2015 indicam uma taxa de mortalidade nacional associada ao EAM de 20,8%, com registo de 12 926 episódios de internamento e, destes, 1 011 óbitos (DGS, 2017a).

Dados disponíveis no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCCV) da DGS (2017a), permitem identificar a diminuição da taxa de mortalidade associada ao EAM numa tendência progressiva e consistente, com um decréscimo de 6,3% entre o ano de 2013 e 2015, como possível consequência do investimento na promoção da saúde e melhoria da qualidade dos cuidados, desde o diagnóstico precoce até ao tratamento (Rocha & Nogueira, 2015). Apesar da diminuição da mortalidade, as hospitalizações por EAM aumentaram, produzindo um efeito de sobrecarga no Sistema Nacional de Saúde (DGS, 2017a), constituindo um foco potencial da intervenção de Enfermagem.

As SCA resultam do compromisso da irrigação sanguínea e consequente diminuição do aporte de oxigénio ao músculo cardíaco, por constrição ou oclusão de uma ou mais artérias coronárias. Na sua definição, engloba a Angina Instável (AI), o EAM sem Supradesnivelamento de ST (EAMsSST) e o EAM com Supradesnivelamento de ST (EAMcSST) (Nikolaou et al., 2015; Cacela & Ramos, 2015).

A manifestação clínica transversal nas SCA é a dor retrosternal constritiva, irradiativa ou não, que pode atingir os membros superiores, região dorsal ou epigástrica, ângulo da mandíbula e orofaringe, sendo persistente em repouso (Thygesen et al., 2012).

A AI está geralmente associada a esforços físicos, podendo mesmo acontecer em repouso, consistindo em episódios recorrentes de dor com duração de 2 a 10 minutos (Nikolaou et al., 2015). No EAM, o desconforto/dor precordial é persistente em repouso e mantido pelo menos 20 a 30 minutos, surgindo também frequentemente quadros de dispneia, náuseas, vômitos, sudorese, palpitações e fraqueza muscular (Nikolaou et al., 2015).

O EAM envolve a presença de necrose irreversível numa determinada área do miocárdio, resultante da diminuição ou interrupção total do fluxo sanguíneo e consequente isquemia do tecido (Urden, Stacy & Lough, 2008). O processo de isquemia compromete a contratilidade cardíaca, pelas alterações geradas na permeabilidade da membrana celular aos eletrólitos, condicionando o fornecimento

adequado de oxigénio às células do miocárdio, o que provoca dor torácica (Quinn, Webster & Hatchett, 2006). A porção do miocárdio sujeita a morte celular e necrose, designada por zona de enfarte, traduz-se no aparecimento de ondas Q ou QS patológicas no traçado eletrocardiográfico (ECG), que evidenciam a ausência de despolarização da superfície afetada (Lipman & Cascio, 2001).

A zona de enfarte é rodeada por uma zona de tecido danificado, mas potencialmente viável, a zona de lesão. Na sequência da isquemia, o processo de repolarização das células é incompleta, traduzindo-se no ECG pela elevação ou supradesnivelamento do segmento ST. Este padrão surge minutos ou horas após o evento agudo e revela a redução do fluxo sanguíneo de uma artéria coronária epicárdica, responsável pelo aporte de oxigénio de uma porção significativa da superfície exterior cardíaca (Lipman & Cascio, 2001). Duas das causas mais significantes de obstrução aguda são o processo de aterosclerose, pela formação súbita de coágulos, e o espasmo das artérias coronárias, menos frequente e com duração circunscrita a alguns minutos, regressando o segmento ST à linha isoeletrica (Lipman & Cascio, 2001).

Na porção mais externa à zona de enfarte, encontra-se a zona de isquemia, na qual, apesar da repolarização celular estar comprometida, revelada pela inversão da onda T, é possível a viabilidade, justificando que as intervenções prioritárias se destinem a proteger esta porção de músculo (Lipman & Cascio, 2001).

As alterações da repolarização e consequente expressão em ECG, por alterações da onda T e segmento ST, definem o EAMcSST ou EAMsSST. Analiticamente, o diagnóstico de EAMsSST distingue-se da AI essencialmente pela elevação do doseamento sanguíneo dos Marcadores de Necrose Miocárdica (MNM), como a Creatina Quinase Mioglobina (CK-MB) ou troponinas (European Society of Cardiology, 2016).

A identificação do tipo de EAM é fundamental pelas diferenças no seu prognóstico, manifestações clínicas e tratamento. No EAMcSST, a oclusão coronária de um ramo epicárdico é por norma prolongada, originando uma necrose extensa, parcial ou total, da espessura da parede ventricular; enquanto no EAMsSST, o processo de reperfusão é precoce e espontâneo, sendo a necrose localizada, por norma, na região sub-endocárdica (Nikolaou et al., 2015; Soares-Costa, 2005).

Dependendo do grau de obstrução do fluxo sanguíneo, a extensão isquêmica pode desenvolver-se num único evento ou progredir ao longo de vários dias. A dimensão e a localização da obstrução, bem como o tempo de restrição à normal irrigação sanguínea do miocárdio, influenciam as manifestações clínicas, a seleção do tratamento e a letalidade do evento cardíaco (Ibanez et al., 2018).

A abordagem inicial da pessoa com EAM pressupõe uma triagem e avaliação clínica rápidas e eficientes, realização de ECG de 12 derivações nos primeiros 10 minutos após observação médica, colheita de sangue para análises com doseamento de MNM e administração de terapêutica com a finalidade do alívio da dor, limitação da lesão do miocárdio e redução do risco de paragem cardiorrespiratória (Nikolaou et al., 2015; European Society of Cardiology, 2016). Destaca-se a terapêutica com nitratos – uma vez que dilatam as artérias coronárias, melhorando a circulação nas regiões isquêmicas circundantes e reduzindo o consumo de oxigénio pelo miocárdio; a analgesia com opiáceos – dado que diminuem a intensidade da dor, pela alteração de percepção do estímulo); e os antiagregantes plaquetários e heparina de baixo peso molecular – por forma a diminuir a recorrência de eventos isquémicos (Nikolaou, et al., 2015; European Society of Cardiology, 2016).

Não obstante o desenvolvimento de métodos não invasivos, o cateterismo cardíaco com coronariografia mantém-se fundamental no diagnóstico definitivo do EAM, possibilitando a análise da fisiologia e vascularização cardíaca, extensão e severidade da lesão, auxiliando na decisão do plano terapêutico mais apropriado (European Society of Cardiology, 2016). Na suspeita de um evento isquémico cardíaco e ECG com evidência de supradesnivelamento do segmento ST, além da abordagem inicial para otimização da função cardíaca, deve ser equacionada a reperfusão imediata.

As terapias de reperfusão miocárdica, como a angioplastia percutânea primária e a terapêutica fibrinolítica, permitem a recuperação do equilíbrio estabelecido entre a necessidade e o aporte de oxigénio ao miocárdio, em particular nos casos de oclusão trombótica com áreas de necrose. A eficácia destas terapias está intimamente vinculada à sua utilização precoce, particularmente na primeira hora após o início dos sintomas (Gallagher & Driscoll, 2012), o que prevê que a taxa de sobrevivência seja inversamente proporcional ao tempo decorrente entre o início dos primeiros sintomas e a instituição das medidas de tratamento (Nikolaou et al., 2015).

Atualmente, é eleita a angioplastia primária, enquanto método de reperfusão preferencial (Marques et al., 2012; Nikolaou et al., 2015; DGS, 2017a), pelo elevado risco de eventos hemorrágicos associados à terapêutica fibrinolítica. A angioplastia é um procedimento invasivo, realizado em sala de hemodinâmica com controlo imagiológico, sendo introduzido um cateter pela artéria radial ou femoral, o qual é conduzido até às artérias coronárias e, posteriormente, até à área de oclusão ou estenose. Nesse momento, procede-se à insuflação do balão, localizado na extremidade do cateter, para alargar o lúmen da artéria e romper a placa ateromatosa, sendo colocado um stent no segmento da artéria ocluída para reduzir o risco de reincidência de oclusão nesse local (Gallagher & Driscoll, 2012).

O procedimento de angioplastia coronária percutânea, com ou sem a inserção de stent, designa-se por Intervenção Coronária Percutânea (ICP). A European Society of Cardiology (ESC) sugere a reperfusão precoce por ICP na pessoa com EAMcSST, nas primeiras 12 horas do início dos sintomas e que mantenham elevação do segmento ST ou bloqueio completo de ramo esquerdo, presumivelmente de novo, no ECG de 12 derivações (ESC, 2016).

Preconiza-se um período de tempo para ICP primária igual ou inferior a 120 minutos em qualquer EAMcSST, a partir do primeiro contacto médico, e igual ou inferior a 90 minutos quando o início dos sintomas ocorreu há menos de 2 horas, em EAMcSST anterior extenso e baixo risco hemorrágico (ESC, 2016).

Não existindo condições para a realização de angioplastia na unidade hospitalar/ local em que a pessoa com EAM se encontre, deverá ser providenciado o seu transporte, com a maior brevidade possível, para uma unidade hospitalar que disponha de meios adequados para a sua realização, preferencialmente 60 a 90 minutos desde os primeiros sintomas (Nikolaou et al., 2015). Na impossibilidade de cumprir os critérios de transferência em tempo inferior a 120 minutos, é recomendado realizar fibrinólise num intervalo de tempo de 10 minutos desde o diagnóstico (Ibanez et al., 2018). Verificando-se que a pessoa tem clínica sugestiva de EAM, sem alterações de ECG, a mesma deverá permanecer em observação para reavaliação dos resultados seriados dos MNM e ECG.

Suportando a fisiopatologia, a pessoa com EAM é considerada em situação crítica, por apresentar a sua vida ameaçada pela falência ou eminência de falência de

uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2010). Benner, Kyriakidis & Stannard (2011) definem o doente crítico como aquele que está em situação aguda por doença ou lesão, tornando-se incapaz de manter o seu equilíbrio fisiológico de forma independente, revelando um risco elevado de desenvolver instabilidade de diferentes focos orgânicos.

Perante uma PSC que apresente dor torácica sugestiva de EAM, o enfermeiro deve incluir, no planeamento das suas intervenções, a satisfação das necessidades de oxigenação e ventilação, circulação e perfusão, conforto e controlo da dor (Morton, Fontaine & Hudak, 2007), assim como de repouso físico e psicológico (Pereira, 2000), nem sempre proporcionado em ambientes com tecnologia diversificada que impedem o silêncio contínuo, como é o caso de uma UCI.

Independentemente dos processos fisiopatológicos subjacentes e da gravidade da situação clínica, a PSC com diagnóstico de EAM experiencia uma situação de transição, que reproduz um impacto elevado no sistema individual e familiar, o qual pode ser potenciador de desconforto (Meleis, 2010). Neste sentido, a pessoa com EAM, enquanto PSC, requer do enfermeiro uma atitude de apoio e disponibilidade não circunscrito ao diagnóstico clínico e seu tratamento, mas centrado na complexidade, individualidade e interação que o todo “pessoa” representa, aliado à multidimensionalidade do seu quadro clínico.

A fase aguda do EAM é coincidente com uma maior delicadeza face à situação clínica, suscetível de originar alterações emocionais profundas e influenciar a adaptação à doença. As principais alterações manifestam-se nas dimensões de dor/desconforto e nas atividades habituais, sendo particularmente comuns estados de depressão e ansiedade (Schweikert et al., 2009). A ansiedade ocorre em 18,5% a 31% das pessoas após o episódio de EAM, aumentando para 70-80% quando associados a eventos cardíacos prévios (Moser & Dracup, 1996; Frasure-Smith et al., 1999; Newman, 2004). Segundo Quinn et al. (2006), a ansiedade e a depressão após um EAM têm efeitos negativos, quer para o prognóstico da doença quer para a qualidade de vida da pessoa.

É fundamental uma intervenção do enfermeiro que assegure cuidados de saúde em parceria com a pessoa, enquanto sujeito ativo no cuidar de si e nas tomadas

de decisão relativas ao seu projeto de saúde. Nesta relação assume-se a pertinência de encarar “o outro” enquanto ser complexo e global em constante interação com o ambiente, para que se desenvolva um cuidar também ele complexo e inclusivo, que transmita a confiança e segurança necessárias para atenuar a ansiedade e promover o conforto face à nova situação de saúde (Benner, 2001; Boykin & Schoenhofer, 2013; McComark et al., 2015).

1.2. O Conforto na Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio

O conforto é um constructo da intencionalidade do Cuidar. É expectável que quem cuida conforte. De acordo com o Oxford English Dictionary (1989), citado por Kolcaba (1991), a etimologia da palavra *comfort* provem da palavra latina *confortare*, que significa dar forças, dar alento de forma nobre ou grandiosa. Este conceito deriva de *cum*, que significa em conjunto, e de *fortis*, que significa forte - forte em conjunto (Apóstolo, 2009). Em linguagem CIPE, o conforto é um estado de sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

Inerente à profissão de Enfermagem, desde a sua origem, o conceito de conforto é transversal a várias teorias de Enfermagem (Apóstolo, 2009). Florence Nightingale remete às primeiras alusões de conforto, ao afirmar que

o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia (2005, p.132).

Na segunda metade do século XX, a literatura produzida em Enfermagem revela um vasto número de autoras como Callista Roy, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Janice Morse e Katharine Kolcaba, que colaboraram para o desenvolvimento teórico da disciplina e para o reconhecimento do conforto, enquanto conceito central e um dos seus principais objetivos (Apóstolo, 2009).

Na teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, o cuidar é assumido enquanto essência da enfermagem e o conforto uma

parte do cuidar (Leininger, 1995). Para Jean Watson, na teoria do Cuidar, a promoção do conforto pelo enfermeiro é um estímulo para a pessoa funcionar de forma eficaz (Watson, 2002).

As teorias de Janice Morse e Katharine Kolcaba propõem o cuidar, enquanto um constructo do conforto, remetendo assim a centralidade da Enfermagem para o conceito de conforto. Morse desenvolveu, a partir de 1980, um conjunto de estudos no processo de conforto, que contemplava as intervenções de Enfermagem sem, contudo, equacionar a avaliação do resultado das mesmas (Apóstolo, 2009). Por seu lado, Kolcaba iniciou, a partir do ano de 1990, um processo de conceptualização e operacionalização do conforto, por considerar necessário avaliar os resultados das intervenções de Enfermagem no conforto (Kolcaba, 1992, 2003).

Kolcaba desenvolveu uma teoria de médio alcance, a Teoria do Conforto, na qual o conforto se assume como o estado em que o doente se encontra, após as intervenções de Enfermagem para aliviar a causa de desconforto (Apóstolo, 2009). A definição inicial de conforto por Kolcaba espelha a multidimensionalidade do conceito, assumindo a autora, que:

o conforto é o alívio do desconforto; conforto é um estado de tranquilidade, satisfação, de ausência de dor, preocupação, tristeza, angústia e sofrimento; o conforto é percebido como gerador de uma vida fácil, agradável e prazerosa; conforto significa fortalecimento, vigor físico, encorajamento, estímulo, incentivo, ajuda, suporte renovação e poder; o conforto é satisfação e renovação (1994, p.1178).

Traduzindo a evolução prática e científica intrínseca à arte de cuidar em enfermagem, a evidência mais recente da autora apresenta o conceito de conforto como:

a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psíquico, social e ambiental), é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos (Kolcaba, 2009, p.254)

De acordo com a teoria de Kolcaba, o conforto manifesta-se sob três formas - alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado de satisfação de uma necessidade imediata, necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade refere-se ao estado de serenidade ou satisfação, necessário a um desempenho eficiente; enquanto a transcendência é o

estado no qual a pessoa se sente com competências ou potencial para delinear, controlar e resolver os seus problemas (Kolcaba, 2003).

Estes três estados de conforto podem desenvolver-se em quatro contextos: o contexto físico, que pertence às sensações corporais; o contexto psíquico, que respeita à consciencialização de si próprio, incluindo a estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida, podendo envolver ainda um relacionamento entre o indivíduo e uma entidade ou ordem superior; o contexto sociocultural, que representa as relações interpessoais, familiares e sociais; e, por último, o contexto ambiental, que envolve a relação com o meio externo e a sua influência (Kolcaba, 2003).

Nesta teoria, o conforto é conceptualizado numa estrutura taxonómica bidimensional, que contempla as necessidades de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) e os contextos em que o conforto é experimentado (físico, psíquico, sociocultural e ambiental), conforme apresentado na figura 1 (Kolcaba, 1991). Ambas as dimensões são baseadas nas necessidades da pessoa, individualmente, permitindo organizar e facilmente interpretar os vários componentes do conforto, bem como a satisfação dessa necessidade.

Figura 1 - Estrutura taxonómica do Conforto

Contextos em que o conforto ocorre	Tipo de conforto (Estados)		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Alívio físico	Tranquilidade física	Transcendência física
“Psíquico”	Alívio “psíquico”	Tranquilidade “psíquico”	Transcendência “psíquico”
Sociocultural	Alívio sociocultural	Tranquilidade sociocultural	Transcendência sociocultural
Ambiental	Alívio ambiental	Tranquilidade ambiental	Transcendência ambiental

Fonte: Adaptado de Kolcaba (1991)

Ao proporcionar conforto, os enfermeiros estão a dedicar à pessoa/família o cuidado confortador ou *Comfort Care*, como é intitulado por Kolcaba na sua teoria (2003).

No enquadramento da promoção do conforto evidenciam-se três categorias de intervenções autónomas de Enfermagem: as *intervenções padrão*, que envolvem os cuidados gerais de Enfermagem para manter o equilíbrio da pessoa cuidada; as intervenções de *coaching*, que preveem o ouvir, informar, aliviar a ansiedade e incutir esperança; e as intervenções *comfort food for the soul*, conseguidas pela adoção de medidas de conforto básicas (Kolcaba, 2003). *Comfort food for the soul* são definidas como as intervenções realizadas pelo enfermeiro, não esperadas pelas pessoas, e pelas quais se sentem fortalecidas de forma intangível e personalizada, como a massagem, o toque terapêutico, a adaptação de um ambiente confortável e as técnicas de relaxamento (Wilson & Kolcaba, 2004). De salientar, que se associa à massagem a diminuição da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória, assim como da dor, do stress e da ansiedade (Kolcaba, Dowd, Steiner & Mitzel, 2004).

Confortar é evidenciado por Benner (2001) como uma competência do enfermeiro. Também Kolcaba (2003) assume que todas as intervenções de Enfermagem têm como finalidade promover o conforto, colocando no enfermeiro a responsabilidade da avaliação intencional das necessidades de conforto da pessoa, no planeamento de medidas que satisfaçam as necessidades de conforto e na avaliação da sua eficácia. Promover o conforto da pessoa, enquanto ser complexo e sujeito parceiro do cuidar, resulta em melhores *outcomes* de saúde, sendo desejável que o conforto enquanto causa, gere conforto enquanto efeito (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003).

O conforto pode ser considerado não só enquanto *outcome* desejável dos cuidados de Enfermagem, como também enquanto indicador de qualidade da intervenção do enfermeiro junto da PSC.

As intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros para promover o conforto, nos mais diversificados contextos e momentos do cuidar, nem sempre são identificadas e documentadas. Esta situação verifica-se sobretudo em SU e UCI, por serem contextos que apresentam circunstâncias particulares no que diz respeito à prestação de cuidados, em parte orientados para a cura em ambientes altamente

tecnológicos, nos quais os esforços para promover o conforto muitas vezes não são reconhecidos como significativos.

O estudo realizado por Ausserhofer et al. (2014), que visou descrever a prevalência e os padrões dos cuidados de enfermagem em 488 hospitais de 12 países da Europa, revelou que, em 53% dos estudados, a atividade de “confortar/falar com os doentes” não era concretizada, sendo mencionada como a atividade que mais frequentemente fica por realizar. Mocerri & Drevdahl (2014) identificaram o conhecimento insuficiente e a ausência de competências diferenciadas dos profissionais de saúde, enquanto barreira à promoção e monitorização do conforto.

A aplicabilidade da Teoria do Conforto de Kolcaba à pessoa com SCA foi estudada por Krinsky et al. (2014), cujos resultados evidenciam a diminuição de estados de ansiedade, a melhoria do descanso e do padrão de sono associado à realização de um período de silêncio. Em sequência, Krinsky et al. (2014) sugerem ainda relação entre estes fatores e a diminuição da pressão arterial, a diminuição da sobrecarga cardíaca e a diminuição da dor torácica associada à SCA. A gestão do conforto, enquanto intervenção de enfermagem, pode manifestar-se numa melhoria significativa na saúde da PSC (Staveski, 2010).

A maioria das pessoas internadas em UCI, nas quais se incluem a PSC com EAM, experienciam várias formas de desconforto, quer seja por dor, ruído contínuo, iluminação artificial permanente, incapacidade em comunicar, privação do sono, limitação à presença dos familiares ou a estimulação excessiva, impondo ao enfermeiro a responsabilidade e consciencialização da importância de uma gestão eficaz e adequada do conforto, com perspetiva à humanização dos cuidados (Staveski, 2010; Rijkenberg et al., 2015).

A dependência tecnológica, característica dos contextos de SU e UCI, relegou as necessidades humanas e emocionais da pessoa e famílias para segundo plano (Valencia, Giraldo & Mancera, 2015), tornando-se um compromisso considerar a humanização dos cuidados na prática de Enfermagem. Nesta continuidade, assoma-se a necessidade de integrar, nos cuidados curativos, as intervenções de enfermagem promotoras de conforto. Da complexidade que representa o cuidar humano, colocando a pessoa no centro da sua intervenção, o conforto assume-se, assim, enquanto parte integrante dos cuidados de Enfermagem.

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

O presente capítulo reflete o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermagem especializadas no cuidar a PSC, o qual foi cumprido no decorrer dos estágios em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.

O percurso formativo foi planeado com o intuito de explorar a problemática do conforto na pessoa com EAM, numa perspetiva de desenvolver cuidados humanizados assentes na premissa do conforto, enquanto expoente máximo da arte de cuidar e componente integrante dos cuidados de enfermagem, ao longo de todo o ciclo vital (Kolcaba, 2003).

A seleção dos contextos de estágio assentou numa lógica de pertinência e adequação ao enquadramento do projeto de estudo. A sequência dos contextos foi estabelecida numa perspetiva de continuidade, face àquela que é, frequentemente, a cronologia da intervenção na abordagem do enfermeiro à pessoa com diagnóstico de EAM, iniciando pelo SU e prosseguindo no *continuum* para a UCI Coronários.

O estágio desenvolveu-se no período de 30 de setembro de 2019 a 15 de fevereiro de 2020, num total de 500h, com o objetivo geral de “Desenvolver competências de Enfermagem para uma intervenção especializada à Pessoa em Situação Crítica com Enfarte Agudo do Miocárdio”. Tendo por base o objetivo geral e com suporte nas competências do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização da PSC (ESEL, 2010), nas competências definidas nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Decreto Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, 2016), bem como no quadro de competências comuns do Enfermeiro EE documentadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) e as competências do EE na área da PSC (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018), estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos para os contextos de estágio:

- Desenvolver competências especializadas para cuidar da PSC, com particular enfoque na pessoa com EAM, promovendo cuidados de qualidade, centrados na pessoa e família;

- Enquadrar conceptualmente a prática de Enfermagem, sustentada na Teoria do Conforto de Kolcaba, visando promover o conforto da PSC, com particular interesse na pessoa com EAM;
- Desenvolver competências que permitam identificar as necessidades de conforto da PSC, com foco na pessoa com EAM;
- Desenvolver competências comunicacionais com a PSC e família;
- Desenvolver competências no alívio e controlo da dor na PSC;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional;
- Desenvolver competências na prevenção e controlo de infeção nos cuidados à PSC;
- Integrar a prática reflexiva e pensamento crítico nos cuidados à PSC;
- Desenvolver uma prática profissional e ética nos cuidados prestados à PSC;
- Promover a formação em serviço.

O desenho dos objetivos específicos aspira à prática de uma Enfermagem avançada, que defende cuidados centrados na pessoa e família assentes no exercício critico-reflexivo, sustentados pela teoria de Enfermagem e baseados em evidência científica.

Por forma a refletir um percurso de evolução contínua e complexidade crescente, dentro do âmbito de cada competência, a descrição e análise do processo formativo, integrante do corpo deste capítulo, surge intencionalmente estruturada por cada um dos objetivos específicos delineados para ambos os contextos de estágio.

As atividades desenvolvidas em cada contexto são apresentadas no desenvolvimento de cada objetivo. A formulação dessas atividades foi elencada à luz da Teoria de Kolcaba, sendo que a sua implementação foi alvo de análise conjunta e supervisão do enfermeiro orientador de cada contexto de estágio e do docente

orientador. A proposta de cronograma com as datas aferidas encontra-se em Apêndice II.

Segundo Alarcão & Rua (2005), os estágios clínicos implicam um processo de construção de saber. Um saber profissional, saber situacionalmente contextualizado, pessoalmente construído, referenciado a saberes disciplinares e de saberes experienciais transmitidos pelos profissionais já experientes com os quais se convive.

Por forma a conceder estrutura ao desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na PSC, tornou-se essencial, no percurso de estágio, harmonizar o corpo de conhecimentos da teoria com a práxis, para que, num exercício constante de reflexividade crítica e integração de novos quadros conceptuais, fosse possível o crescimento e evolução profissional.

Com base na literatura partilhada, o conforto distingue-se como elemento fundamental ao cuidar, vinculado à profissão de enfermagem desde a sua origem, e cujo significado tem sido construído a par da evolução da história das ciências da saúde. Intrinsecamente relacionado à prática de enfermagem, o termo conforto é diariamente integrado na linguagem corrente dos enfermeiros: “realizado posicionamento de conforto”, “prestados cuidados de higiene e conforto”, “ficou confortável no cadeirão”, “ficou mais confortável após a aspiração de secreções”.

Praticar cuidados confortadores nos SU e nas UCI à pessoa com EAM, além de se afigurar um desafio fraturante ao modelo biomédico, amplamente difundido em contextos orientados para a cura e altamente tecnológicos, reveste-se de significado particular na dignificação do cuidar humanizado, centrado na pessoa/família em conciliação a uma prática avançada. É essencial à prática e à gestão de cuidados, que os profissionais de saúde estejam despertos e motivados para a premissa de que o conforto não é apenas físico, e de que todos os cuidados são confortadores e indispensáveis na promoção de bem-estar e qualidade de vida.

O SU onde se realizou o estágio, é designado de Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. Os espaços de atendimento encontram-se estruturalmente organizados em conformidade com os níveis de triagem, sendo os setores destinados à abordagem de pessoas com maior gravidade os mais próximos da entrada. Na sua constituição, dispõe de dois postos destinados a triagem, uma sala de reanimação com capacidade para atendimento de duas pessoas em simultâneo, um SO *open space* com dezasseis

unidades equipadas com monitor de sinais vitais e rampas de oxigénio e vácuo, incluindo uma unidade fechada com antecâmara para doentes com necessidade de isolamento da via aérea, balcões de Azuis e Verdes, Amarelos e Laranjas, com Salas de tratamentos para cada balcão, e áreas de Pequena Cirurgia, Psiquiatria e Oftalmologia/Otorrinolaringologia.

O Serviço assume uma filosofia baseada na qualidade de cuidados, intervenção em tempo útil, dispondo de recursos humanos, materiais e físicos que o torna apto na resposta às Vias Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Coronária e Sépsis. Em articulação ao SU, funciona a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), segundo Despacho nº 5561/2014, que dá assistência no pré-hospitalar.

A Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, na qual se deu continuidade ao percurso de estágio, admite utentes com patologia cardíaca grave e diversa, encaminhados dos SU, das salas de hemodinâmica, transferidos do internamento de cardiologia e/ou trazidos pelo INEM após contacto prévio pelo CODU.

A UCIC possui seis unidades em *open space* e outras duas em quarto independente. Cada unidade é constituída por uma cama elétrica, um monitor cardíaco com capacidade para monitorização contínua de ECG, FC, FR, SatO₂, PA, temperatura, PIA e PVC, uma estação para bombas e seringas infusoras, rampas de O₂, de vácuo e de ar comprimido.

Orientando o fazer e o saber, e perspetivando o conforto, enquanto foco e objetivo último do cuidar, e as necessidades de conforto da pessoa com EAM como individuais, contextuais e situacionais, foi desenvolvido um percurso de aquisição de competências como resposta aos objetivos específicos enunciados.

Objetivos específicos:

Desenvolver competências especializadas para cuidar da PSC, com particular enfoque na pessoa com EAM, promovendo cuidados de qualidade, centrados na pessoa e família;

Enquadrar conceptualmente a prática de Enfermagem, sustentada na Teoria do Conforto de Kolcaba, visando promover o conforto da PSC, com

particular interesse na pessoa com EAM;

Desenvolver competências que permitam identificar as necessidades de conforto da PSC, com foco na pessoa com EAM.

Os SU são serviços multiprofissionais, que concedem cuidados de saúde em todas as situações consideradas urgentes e emergentes. Perspetivando uma resposta eficaz e equitativa às necessidades da população que ocorre ao SU, torna-se fundamental a existência de um Sistema de Triagem (ST) que, de uma forma objetiva, reproduzível e passível de auditoria, tenha em consideração a gravidade da condição clínica para, com base na mesma, determinar a ordem de atendimento (Grupo Português de Triagem (GPT), 2011).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM), utilizado no contexto de estágio, baseia-se em critérios clínicos internacionalmente certificados que permitem classificar o risco/prioridade clínica para acesso aos cuidados de saúde. Esta metodologia prevê o funcionamento do SU não só em situações normais, mas também em situações de catástrofe, asseverando a prioridade clínica e determinando o tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (Silva, 2009).

O STM possui cinco categorias de prioridade, às quais se associa um número, um nome, uma cor e um tempo alvo para a observação médica inicial, de acordo com a seguinte lógica:

- nível 1: Emergente – vermelho – imediato;
- nível 2: Muito urgente – laranja – até 10 minutos;
- nível 3: Urgente – amarelo – até 60 minutos;
- nível 4: Pouco urgente – verde – até 120 minutos;
- nível 5: Não urgente – azul – até 240 minutos.

O STM contém 52 fluxogramas selecionáveis face aos diferentes quadros clínicos, sete dos quais são específicos para crianças e dois para catástrofes. Por sua vez, os fluxogramas contêm discriminadores gerais e específicos (sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades possíveis), nos quais se incluem várias questões que orientam o processo de triagem. A seleção do discriminador é determinada pela pergunta, à qual, a resposta, seja positiva ou que não possa ser

negada, irá determinar a prioridade clínica (Silva, 2009).

Considerando o momento de triagem, enquanto o primeiro contacto entre o enfermeiro e a pessoa, revelou-se pertinente efetuar alguns turnos neste setor, com o objetivo de conhecer a sua dinâmica e o encaminhamento dos utentes dentro do SU.

Em conjunto com o enfermeiro orientador, definiram-se, como principais locais de aprendizagem e implementação de intervenções de Enfermagem que promovam o conforto da PSC, a sala de observação (SO) e a sala de reanimação (SR). O SO foi selecionado por ter a exigência da vigilância permanente, cuidados diferenciados, estabilização hemodinâmica e transferência da PSC; e a SR, por representar a primeira linha de cuidados em situações de maior gravidade (situações urgentes ou emergentes), na qual se espera do enfermeiro uma intervenção rápida, sistematizada e adequada.

Os primeiros turnos em SO representaram o regresso à prática clínica. O que poderia ser interpretado enquanto um obstáculo a um desempenho adequado, foi gerido como uma oportunidade de evolução e desenvolvimento de saberes e competências que foram permitindo, de modo crescente, a capacidade de identificar focos de instabilidade reais e potenciais, estabelecer prioridades e intervir de forma pronta e eficaz, face às necessidades da pessoa cuidada. Assim, no decorrer dos turnos em SO, colaborei nos cuidados prestados à PSC, assegurando de igual modo a continuidade dos mesmos, através dos registos de Enfermagem, do acompanhamento e transmissão de dados nas diversas transferências realizadas de utentes para outros serviços (Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios).

Em contexto de SR, pude colaborar na prestação de cuidados através da realização de várias técnicas de enfermagem, mas também na observação e avaliação de uma forma global e metódica da PSC, por forma a prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil na PSC com patologia médica e/ou cirúrgica, bem como em pessoas vítimas de monotrauma (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

O encaminhamento direto para a SR é definido em protocolo interno com os seguintes critérios: Risco de vida, Hipoglicémias e Glasgow inferior a 15, Triados com

prioridade vermelha, Grande Traumatismo, Vítimas de violência com armas de fogo, Acompanhados de VMER, Glasgow inferior a 9 e Défice neurológico focal com instalação inferior a 4 horas.

Durante os turnos que realizei na SR, tive a possibilidade de receber, avaliar e cuidar, sob a supervisão do enfermeiro orientador, a PSC com patologias de foro diverso em situações urgentes e emergentes, como foram quadros de patologia respiratória agudizada com necessidade de ventilação mecânica invasiva, paragens cardiorrespiratórias, arritmias, reações anafiláticas e ativação de Vias Verdes, perante as quais sempre se cumpriu uma avaliação segundo a mnemónica ABCDE: (A - via aérea, com proteção da coluna cervical; B - ventilação e respiração; C - circulação com controlo de hemorragia; D - disfunção, estado neurológico; E - exposição/controlo do ambiente) (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012).

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, as Vias Verdes remetem para a implementação de um Sistema de Resposta Rápida instituído para identificação e tratamento de patologias tempo-dependentes – AVC, Trauma, Coronária e Sepsis.

No decurso do estágio, foi possível colaborar no cuidar a pessoa com critérios de inclusão no protocolo de Via Verde AVC. Após confirmados os critérios para ativação da Via Verde AVC na triagem (evolução de sinais e sintomas/tempo desde a última vez que a pessoa foi vista assintomática inferior a 4,5 horas e pelo menos um dos itens da escala de Cincinnati – dificuldade em falar, boca ao lado, falta de força num braço), a pessoa foi encaminhada em maca ao Serviço de Imagiologia para realizar TAC craneoencefálica, por forma a efetuar um correto diagnóstico e, de acordo com a etiologia do AVC, garantir que é preconizado o tratamento adequado. No seguimento e após correspondência a critérios de inclusão e exclusão, colaborei no procedimento de trombólise e, posteriormente, assumi a transferência da pessoa para a UCI, assegurando assim a continuidade dos cuidados.

De entre as experiências vivenciadas, a possibilidade de ter acompanhado uma pessoa a quem foi ativada a Via Verde Coronária, por quadro de dor precordial de início súbito, foi de particular significado ao conceito do projeto de estágio. Mediante ativação desta via verde na triagem, foram automaticamente requisitados os exames complementares de diagnóstico protocolados (ECG e análises sanguíneas com marcadores cardíacos) e agilizado o seu encaminhamento para avaliação na SR,

assegurando sempre a efetivação da resposta no menor período de tempo possível. Transcendendo a relevância de desenvolver uma intervenção célere, dirigida e teoricamente sustentada, revelou-se fundamental o trabalho multidisciplinar e a agilização de recursos para que, perante a necessidade verificada de abordagem em cardiologia de intervenção, se proporcionasse a transferência da pessoa para o hospital de referência.

No seguimento da atividade referida, foi possível acompanhar o transporte inter-hospitalar para a realização de angioplastia coronária. A transferência hospitalar é equacionada sempre que se verifica a carência de recursos humanos e técnicos, no hospital de origem, necessários à implementação do tratamento adequado ou à sua continuidade (Pereira Júnior, Carvalho, Ponte Filho, Malzone & Pedersoli, 2007; OM & SPCI, 2008).

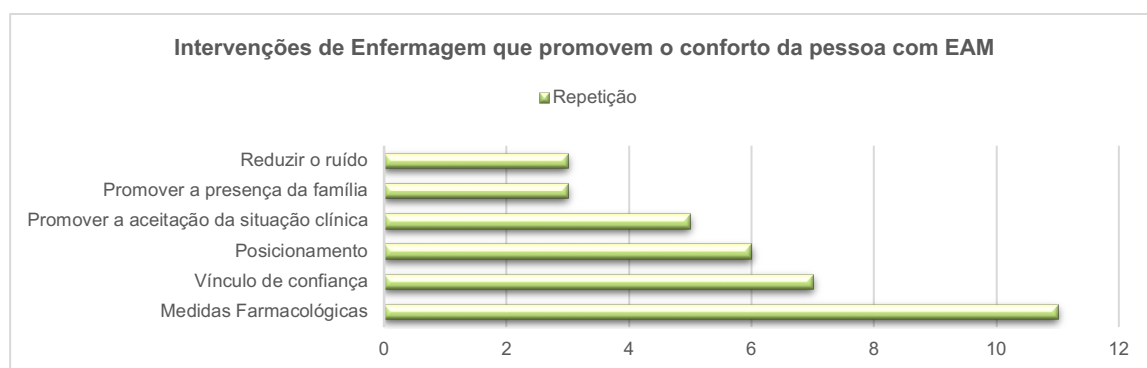
A colaboração na prestação de cuidados a doentes em situações consideradas Vias Verdes – AVC, Coronária, Sépsis e Trauma, permitiram a mobilização e a aplicação de conhecimentos e competências adquiridos no Curso de Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma (ATLS) (Anexo I), realizados no âmbito do presente mestrado. Igualmente, possibilitaram adquirir fluidez no exercício de gestão de protocolos complexos, ao mesmo tempo que representaram um desafio, enquanto oportunidades para a aplicação prática das várias medidas de conforto preconizadas na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), impulsionador motivacional do presente relatório.

O palco da prestação de cuidados em SU tem ainda latente a forte influência do modelo biomédico, orientando os profissionais para a estabilização da PSC e para o tratamento da sua sintomatologia, ações de extrema importância, mas que conduzem à desvalorização das intervenções que promovem conforto, cujos benefícios são suportados pela literatura (Kolcaba, 2001; Krinsky et al., 2014).

Com o intuito de compreender a motivação dos enfermeiros para a prática de cuidados confortadores à pessoa com EAM, bem como conhecer as principais limitações com que se deparam para a sua implementação, foi aplicado um breve questionário de levantamento de opinião, sob autorização prévia do Enfermeiro Chefe do SU e consentimento verbal dos participantes, em seleção aleatória, num total de 12 enfermeiros.

Da análise dos questionários, foi possível aferir que, de entre as intervenções propostas, as mais mencionadas na promoção do conforto na pessoa com EAM se relacionam com as medidas farmacológicas e, seguidamente, com o estabelecer um vínculo de confiança (gráfico 1).

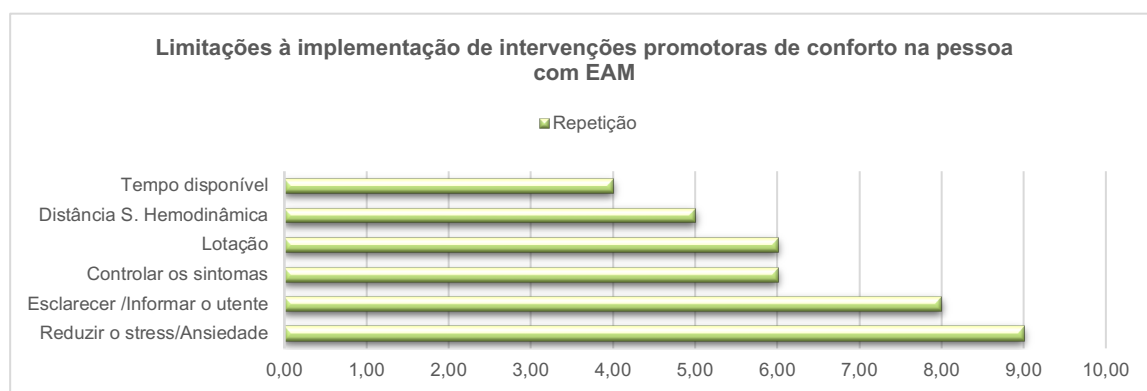
Gráfico 1- Intervenções de Enfermagem que promovem o conforto da pessoa com EAM



A prevalência das medidas farmacológicas surge associada à preocupação maior de minimizar padrões de isquemia e do controlo da dor, enquanto intervenção confortadora, e simultaneamente vinculada à preocupação de limitar a evolução do EAM.

No que respeita às limitações na implementação de cuidados de conforto à pessoa com EAM no SU, foram reconhecidas a dificuldade na redução do stress/ansiedade e no esclarecimento e informação à pessoa (gráfico 2).

Gráfico 2 - Limitações à implementação de intervenções de Enfermagem que promovem o conforto da pessoa com EAM



Conhecer a opinião da equipa de Enfermagem relativamente ao interesse e pertinência do tema de projeto, bem como identificar as principais dificuldades no

cuidado confortador à pessoa com diagnóstico de EAM, reforçou a importância da disseminação do conhecimento e de fomentar a melhoria da prática, com impacto consequente na crescente qualidade e humanização do cuidar em enfermagem.

A dor, o medo, a incerteza e a perda de autonomia foram problemas frequentemente identificados pela/na PSC durante os cuidados de enfermagem desenvolvidos no contexto de SU, os quais se associaram, de acordo com os relatos, a estados de desconforto.

Face ao exposto, as intervenções de enfermagem desenvolvidas como o intuito de promover o conforto da PSC e, em particular, da pessoa com EAM, tiveram sustento nos achados bibliográficos orientadores do projeto, estando na globalidade assentes no respeito pela pessoa e pela sua dignidade, no estar com o outro, na comunicação, no alívio da dor e prevenção do sofrimento, no envolvimento e presença da família (Kolcaba, 2003; Ponte & Silva, 2014; Krinsky et al., 2014).

Enquadrando a experiência sob o prisma do conforto ambiental, foi perceptível, quer por relato quer por observação da expressão não verbal das pessoas cuidadas, o desconforto sentido por se encontrarem em camas para observação nos designados balcões. No contexto em análise, o desconforto é potenciado pela grande rotatividade de pessoas, quer de utentes quer de profissionais, que circulam no espaço, pelo ruído envolvente, pela escassez de estruturas para individualizar os espaços atribuídos com privacidade, assim como pela necessidade frequente de se reposicionarem as camas para gestão do espaço. No que respeita à área de SO, estes problemas são atenuados pela possibilidade de individualização do espaço atribuído à PSC, uma unidade de cuidados individual, totalmente delimitada por cortinas.

Nesta dimensão, foi possível compreender a importância de promover um ambiente tranquilo e favorável à redução do stress, dentro das possibilidades existentes, que fosse propício ao descanso e ao sono, enquanto adjuvantes no controlo fisiológico da frequência cardíaca, diminuição da pressão arterial, diminuição da sobrecarga cardíaca e diminuição da dor (Krinsky et al., 2014).

Relativamente ao contexto do conforto físico, a alteração que mais vezes foi mencionada relaciona-se com a dor, em resposta à qual foram implementadas medidas farmacológicas e não-farmacológicas (posicionamento, massagem, técnicas respiratórias) (Kolcaba, 2003), a serem especificadas na continuidade do presente

relatório. Prosseguindo no percurso prático, também o procedimento de aspiração de secreções, efetuado à pessoa com patologia respiratória, teve como objetivo responder à sua necessidade de conforto físico e, assim, promover um estado de alívio (Kolcaba, 2003).

No seguimento do exercício do enquadramento da prática com o referencial teórico, a necessidade de conforto psicoespiritual mais comumente partilhada decorre do medo e a incerteza face ao futuro, bem como a perda de autonomia na realização das atividades de vida diária (Kolcaba, 2003; Ponte et al., 2014). Neste sentido e com recurso à comunicação, fomentou-se a prática assente no respeito pela dignidade humana e na estimulação permanente das capacidades e potencialidades da PSC, disponibilizando ferramentas para que a própria se assuma como sujeito principal no seu cuidado.

Abordando o contexto do conforto sociocultural, a principal necessidade descrita prende-se com a ausência da família durante o período de estadia no SU. Face a esta necessidade, foi constante o empenho em envolver a família e possibilitar a sua presença sempre que possível, incluindo-a no processo de tomada de decisão.

No decurso do estágio no SU, foram realizados três turnos de observação na VMER, com o objetivo inicial de conhecer o percurso da pessoa em situação crítica com EAM no pré-hospitalar e as intervenções do enfermeiro. A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar, com base hospitalar, que integra um médico e um enfermeiro e funciona como uma extensão do SU à comunidade. Tem como principal objetivo a estabilização e acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, sendo a sua ativação da exclusiva responsabilidade do CODU do INEM (Despacho n.º 5561/2014, 2014; Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Embora não tivesse sido proporcionada nenhuma chamada para uma situação de EAM, a experiência revelou-se muito enriquecedora ao processo de aprendizagem do cuidar da PSC fora do contexto hospitalar. Neste contexto, sem grandes recursos e meios de diagnóstico, a intuição do enfermeiro e o seu enlace com a experiência profissional assumem um papel diferenciado no julgamento clínico e tomada de decisão, domínio de competência que caracteriza um enfermeiro perito (Benner, 2001).

Perspetivando experienciar em contexto as diversas possibilidades de circuito

na abordagem à pessoa com EAM, foi cumprido um turno de observação num Serviço de Hemodinâmica, que se revelou de extrema utilidade à contextualização do tipo de tratamento instituído e à compreensão do papel do enfermeiro neste serviço, enquanto elemento diferenciado na gestão do conforto. Durante o período de observação, foi possível assistir à realização de coronariografia/cateterismo cardíaco de diagnóstico, assim como a angioplastia coronária transluminal percutânea/intervenção coronária percutânea.

O cateterismo cardíaco, enquanto modalidade diagnóstica invasiva, tem como finalidade examinar a anatomofisiologia cardíaca, com recurso à introdução de cateteres intravasculares retrógrados por punção percutânea da artéria braquial, radial ou femoral, permitindo o diagnóstico de patologias pela observação das cavidades cardíacas, grandes vasos e artérias coronárias (Landal & Pelaes, 2009). O cateter é introduzido até à raiz da aorta, guiado por meio de radioscopia, prosseguindo aos óstios das artérias coronárias direita e esquerda. Pela injeção de contraste, são conseguidas projeções radiológicas que permitem uma fiel caracterização das artérias coronárias - sua localização, diâmetro, comprimento, lesões e sua severidade, alterações de fluxo coronário ou presença de obstruções. O procedimento de angioplastia coronária transluminal percutânea tem como finalidade principal minimizar o impacto fisiológico das doenças cardiovasculares através introdução de um balão (revestido ou não por um *stent*) no interior do vaso ocluído, posteriormente insuflado, por forma a viabilizar a reperfusão arterial e restaurar o fluxo sanguíneo face à isquémia miocárdica (Amestoy & Thofehrn, 2007).

Foi possível verificar que o acesso arterial se fez preferencialmente por via radial, não só pela sua segurança e eficácia relacionadas, como também por estar associada à diminuição significativa de complicações vasculares e hemorrágicas no local de punção e proporcionar maior conforto à pessoa, pela possibilidade de deambulação precoce quando comparado à abordagem femoral (Salles et al., 2009; Andrade et al., 2011).

No domínio prático, a verificação prévia ao procedimento prevê que se assegure a existência de, pelo menos, um acesso venoso permeável, que tenha sido efetuada a colheita de sangue para bioquímica e estudo da coagulação, que se cumpra o posicionamento da pessoa em decúbito dorsal e, de acordo com o local de abordagem selecionado, se mantenha imóvel o membro. Realizado o procedimento,

é essencial a capacidade de identificar possíveis complicações decorrentes da intervenção, como isquémia recorrente do miocárdio, complicações hemorrágicas e vasculares no local de abordagem, nefropatia potenciada pela injeção de contraste, assim como promover o conforto da pessoa e sua família/pessoa significativa, garantido a informação necessária (Rolley, Davidson, Salamonson, Fernandez & Dennison, 2009).

O desenvolvimento de competências na área da cardiologia de intervenção, foi sustentado pela pesquisa bibliográfica e, em muito, pela análise e discussão das situações clínicas com a equipa multidisciplinar, por forma a alcançar a sua compreensão. Da observação, foi reforçada a pertinência do acolhimento à pessoa, da apresentação da equipa e do espaço, de esclarecer acerca da intervenção, contemplando os momentos pré, peri e pós procedimento, enquanto estímulo à relação empática e consequente promoção de conforto (Kolcaba, 2003; Krinsky et al., 2014).

No caminho do desenvolvimento de competências, o percurso realizado em UCI foi assumido num envolvimento crescente de responsabilidade pelos cuidados à pessoa com patologia cardíaca. Contíguo à responsabilidade gradual, também a complexidade de cuidados se desenvolveu em crescendo.

O contacto frequente com pessoas com EAM permitiu, desta feita, afunilar o eixo de intervenção dos cuidados de enfermagem e a antecipação de situações de instabilidade, das quais se particulariza a admissão de utentes pós angioplastia, que exigem uma monitorização e vigilância efetivas, pelo risco potencial de arritmias potencialmente fatais como a taquicardia ventricular. Por forma a assumir uma resposta adequada, foi assegurada a monitorização hemodinâmica contínua, a proximidade ao carro de emergência e desfibrilhador, um acesso venoso permeável para administração de fármacos de emergência e efetuadas análises para controlo eletrolítico, comunicando em antecipação à equipa médica, sempre que fossem encontradas alterações nos resultados suscetíveis de consequentes complicações (como, por exemplo, a hipocalémia).

Colaborar na remoção do introdutor venoso e arterial, previamente introduzidos durante o procedimento de valvuloplastia aórtica percutânea, conferiu significado à antecipação de situações de potencial instabilidade. Além de garantir o acesso venoso

permeável, foi conduzida a preparação de Atropina para resposta imediata à possibilidade de ser desencadeada bradicardia extrema, bem como reunido todo o material necessário à compressão mecânica imediata, e consequente vigilância de sinais e sintomas de compromisso neurocirculatório e/ou hemorragia associada ao local de onde foram removidos os introdutores.

No seguimento do percurso de desenvolvimento de competências, o contacto com pessoas a realizar técnicas de substituição renal, nomeadamente de hemodiafiltração venovenosa contínua, com o objetivo de corrigir alterações eletrolíticas e reduzir o volume excessivo de líquidos, foi experienciado de forma enriquecedora. Embora aparentemente complexo, este método dialítico revela-se vantajoso, comparativamente à hemodiálise convencional, por ter associadas menos complicações (Chater & Kellum, 2007). Do contexto experiencial, foram adquiridos conhecimentos relativos ao papel do enfermeiro no que respeita ao manuseamento, programação, manutenção, por forma a evitar a coagulação do sistema, e à finalização do tratamento, garantindo a segurança da pessoa durante todo o processo.

Dada a frequente realização de terapêutica por sistemas de perfusão endovenosa contínua, revelou-se igualmente pertinente assegurar a sua continuidade, evitando interrupções na administração e consequentes repercussões hemodinâmicas, pela redução da concentração de fármacos. Foi disso exemplo a necessidade de assegurar atempadamente a preparação de terapêutica para substituição das perfusões, como a sedação endovenosa na pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, ou de fármacos vasopressores, por forma a inibir situações de hipotensão extrema, enquanto efeito indesejado pela privação do fármaco na PSC com critérios de instabilidade.

No seguimento da linha de pensamento adjacente ao presente relatório, é urgente que a experiência de desconforto, vivida pela PSC durante o internamento na UCI, seja consciencializadora da importância de uma gestão eficaz e adequada do conforto associado à humanização do cuidar.

Durante a prática de cuidado à PSC com EAM e status pós angioplastia, foi possível validar que as necessidades de conforto se manifestam nos quatro contextos, de acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003). Neste sentido foram categorizadas no contexto físico: *“estou farto de estar na cama”*, *“doí-me as costas”*,

“custa-me ter a perna sempre esticada”; no contexto ambiental: *“não consegui dormir nada. Houve muito barulho durante a noite”, “estas luzes são muito fortes”*; no contexto sociocultural: *“hoje não vou ter visitas...”*, *“não estou habituado a estar separado da minha mulher”*; e no contexto psicoespiritual: *“como vai ser a minha vida quando sair daqui?”*, *“não vou poder continuar com o mesmo ritmo de trabalho”*, *“tenho medo de voltar a repetir o enfarte.”* A par das manifestações verbais, também as não verbais corroboraram o desconforto sentido pela pessoa com EAM, pela alternância frequente de decúbito, enquanto manifestação de desconforto físico e inquietação, pela expressão facial, pelos suspiros ou mesmo por movimentos repetitivos.

As alterações de contexto ambiental, como a exposição contínua ao ruído, a luminosidade artificial, a panóplia de aparelhos e pessoas desconhecidos, potenciam o aumento da ansiedade, da percepção dolorosa, das frequências cardíaca e respiratória, da pressão arterial e desencadeiam alterações no padrão de sono (Heidemann, Cândido, Kosour, Costa & Dragosavac, 2011; Krinsky et al., 2014). Em reforço, o ruído está também associado ao aumento do consumo de oxigénio pelo músculo cardíaco, por alterações da condução auriculoventricular (Toth, 1980), assumindo particular preocupação.

Tendo por base a evidência científica na operacionalização da Teoria do Conforto face às necessidades identificadas, preconizaram-se intervenções que permitissem, numa relação de parceria, alcançar estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003), num processo dinâmico de conforto.

Foi possível proporcionar um ambiente confortador que promovesse tranquilidade, mediante o ajuste do volume dos alarmes dos monitores e das seringas infusoras, pela fala num tom de voz baixo e limitando as conversas, particularmente as desnecessárias, junto da pessoa (Krinsky et al., 2014). Sempre que possível, foram evitados procedimentos não emergentes/urgentes durante o período noturno e limitado o ruído (Heidemann et al, 2011), promovida uma atmosfera relaxante através da massagem terapêutica, da leitura e da musicoterapia (Ponte et al., 2014) com recurso aos dispositivos móveis digitais e, quando pertinente, promovidas medidas farmacológicas. De importância par, foi promovido o uso da comunicação como substrato à relação empática, o envolvimento da família e o encorajamento da PSC a solicitar ajuda sempre que necessário (Faria et al., 2018). Transpondo a exemplo, foi

vivenciada uma experiência, na qual, por recurso à relação empática, à comunicação, à disponibilidade para ouvir o outro e ao toque terapêutico, se constatou a diminuição da frequência cardíaca e da tensão arterial, corroborando os achados bibliográficos (Krinsky et al., 2014).

Em continuidade, com o objetivo primeiro de promover alívio face às necessidades identificadas, foram desenvolvidas medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor, como a massagem com creme no local da dor, aplicação de frio ou calor e o auxílio ao posicionamento de conforto (Kolcaba, 2003). Este desempenho consciencializa para a relevância das intervenções autónomas de enfermagem, intimamente relacionáveis à promoção do conforto da pessoa cuidada.

Transversalmente e em resposta à multidimensionalidade do desconforto, foi promovida a privacidade do utente, através das cortinas que delimitam a unidade, garantido, em todos os contactos, o respeito pela sua dignidade e pelos seus valores pessoais (Faria et al., 2018), assumindo nesta interação o propósito de capacitar a PSC no seu projeto de saúde, no seu autocuidado, coadjuvando um estado de transcendência.

O paradigma holístico e individualizado aplicado à PSC e família, requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar. Compreender a centralidade da pessoa no processo de cuidar, bem como a importância do seu lugar na parceria, é essencial ao exercício da profissão. A relação terapêutica, desenvolvida no âmbito profissional de enfermagem, caracteriza-se “pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2001, p.8). De acordo com o Artigo 110.º da humanização dos cuidados do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, prevê-se do enfermeiro um olhar atento “à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015, p. 8080).

Ao promover o conforto da PSC, o enfermeiro conforta também a sua família (Benner et al., 2011). Perante a complexidade característica do SU e da UCI, em virtude da imprevisibilidade dos acontecimentos, instabilidade emocional e do impacto que se gera na PSC e na sua família, é esperado que estas se encontrem ávidas de informação e solicitem a presença do enfermeiro pelo “desassossego que vive em si” (Mendes, 2015, p. 1). A família da PSC é muitas vezes relegada a segundo plano pois,

em contexto de cuidados críticos, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam (Hsiao et al., 2016; Sá et al., 2015). É fundamental que o enfermeiro priorize a relação com a família, promova um ambiente de conforto e privacidade, forneça informações reais e completas e demonstre empatia, respeito e sensibilidade (Cabete et al., 2019).

Ao longo do estágio, constatou-se a importância do envolvimento da família no processo do cuidar confortador, como manifestação primeira do conforto sociocultural (Kolcaba, 2003). Foi constante o empenho no acolhimento e envolvimento da família, não só enquanto parceira na prestação de cuidados, por forma a otimizar os cuidados prestados à PSC - na colheita de dados pertinentes ao processo clínico, na informação sobre o padrão prévio ao internamento, na interpretação do discurso da PSC, verbal e não verbal, entre outros aspetos; como enquanto sujeito do cuidar - na identificação das suas necessidades particulares, no apoio emocional, ao facilitar a sua permanência junto da pessoa doente, especialmente em situação de fim de vida e participação na tomada de decisão, por exemplo.

É mandatório que a família/pessoa significativa se sinta valorizada e envolvida na prestação de cuidados, devendo ser-lhe disponibilizado um acompanhamento personalizado em processos que envolvam maior vulnerabilidade. Desta forma, representa um elo facilitador da abordagem à pessoa doente, através da implementação de medidas que visem oferecer apoio, conforto, orientação e informação, de modo a diminuir a preocupação e ansiedade.

A par das atividades desenvolvidas em contexto de SU e UCI, considero ter desenvolvido a competência “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” e “garante a administração de protocolos terapêuticos complexos, integradas na competência “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”; assim como “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (ESEL, 2010, p. 1; Regulamento n.º429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19363) e, baseando a “praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748).

Objetivo específico: Desenvolver competências comunicacionais com a PSC e família

A comunicação diz respeito a “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (Phaneuf, 2005, p. 23). Constitui uma estratégia terapêutica basilar e dinâmica, que é transversal a todas as áreas de Enfermagem na prestação de cuidados, sendo fundamental na abordagem de todas as dimensões da pessoa (Querido, Salazar & Neto, 2016).

Uma parte importante da comunicação é transmitida de forma não verbal, pela expressão facial, o contacto visual, a postura, o tom de voz e o toque. A utilização do toque, na relação terapêutica, proporciona a redução da sensação de isolamento (Twycross, 2003). Segundo Phaneuf (2005, p. 397), a “presença calorosa e tranquilizadora da enfermeira” torna-se fulcral, no que respeita ao estabelecimento de uma relação terapêutica perante o impacto vivenciado pelo doente e família.

Enquanto instrumento de Enfermagem, a comunicação foi por mim utilizada com a intencionalidade de conhecer a PSC e de estabelecer uma relação terapêutica, que veiculasse a identificação de necessidades, estabelecesse um vínculo de confiança e permitisse a construção de uma parceria na prestação de cuidados, enquanto fomento à ação de confortar. O aprofundar de conhecimentos e implementar estratégias facilitadoras na transmissão de informação à pessoa com barreiras à comunicação, assim como adaptá-las à complexidade do seu estado de saúde, permitiu-me reconhecer a escuta ativa, a compreensão e o feedback, enquanto elementos essenciais ao processo da comunicação e à promoção de cuidados confortadores.

Face a uma situação crítica de saúde, também a família experiencia ansiedade, instabilidade emocional e incerteza. Esta circunstância, exige da sua parte a mobilização de competências e recursos de adaptação, remetendo à exigência que seja considerada pelo enfermeiro, como integrante integrante da centralidade dos cuidados.

O processo dinâmico da comunicação eficaz, revelou-se também importante na minha intervenção junto das famílias da PSC, em particular durante o período de visita. Foi um objetivo presente promover um clima de confiança e segurança,

procurando estabelecer uma comunicação franca, direta e eficaz, baseada numa relação de empatia com as famílias, encorajando-as a expressar emoções e sentimentos, de forma a que, juntamente com a PSC, consigam superar o processo de transição no seio familiar. Através da comunicação, verbal e não verbal, procurei, face à PSC e família, transmitir informação, efetuar esclarecimentos com base no conhecimento científico, proporcionar envolvimento e disponibilizar suporte psicoemocional, por forma a desmistificar medos e diminuir a ansiedade.

Tendo presente os quatro contextos de conforto e os três estados enunciados na Teoria de Kolcaba (2003), procurei adaptar a comunicação à complexidade das vivências particulares da pessoa/família cuidada. Em continuidade, foi possível atender à perspetiva holística do cuidar, na identificação e satisfação das necessidades de conforto da díade PSC - família.

Em contexto de SU, foram identificadas fragilidades na afirmação do lugar da comunicação no cuidar. Nas diferentes situações vivenciadas neste local, compreendi que a agilização de recursos e a rapidez necessária na prestação de cuidados, relega tendencialmente para segundo plano a comunicação direta com o utente, colocando-o numa posição passiva face ao que, para ele, naquele momento concreto, pode ser indutor de um estado de desconforto nos diversos contextos. Face a esta constatação e defendendo a comunicação enquanto meio para o cuidado confortador, orientei a minha prática no seio da equipa multidisciplinar, no sentido de assumir o início da comunicação com o utente, veiculando através da relação terapêutica, esclarecimento e informação às questões mais comumente verbalizadas pela PSC. De acordo com a experiência adquirida, estas questões potenciam quadros de desconforto: *“para onde é que me trouxeram?”*, *“o que se passa comigo?”*, *“o que me vão fazer?”*, *“já avisaram a minha família?”* (sic) – são exemplos de algumas das inquietações demonstradas, que carecem ser respondidas com o objetivo de reduzir o impacto da situação vivida.

A família da PSC assistida em sala de reanimação, foi também parte integrante da minha intervenção. De acordo com Cabete et al. (2019), é importante que o enfermeiro assuma a iniciativa de procurar a família e permitir que esta exponha os seus receios e dúvidas, respondendo de forma segura, clara e verdadeira, para que esta se sinta mais confiante e compreendida, com margem para expressar os seus sentimentos e dificuldades. Com base na evidência, após estabilização da PSC,

procurei a família demonstrando disponibilidade para escutar, estar presente e esclarecer todas as suas questões, com o objetivo de capacitar a família para o processo de transição e diminuir o seu desconforto.

No decurso do estágio de SU, foi possível acompanhar o transporte inter-hospitalar de uma pessoa com EAM com indicação para realizar cateterismo cardíaco. Uma vez mais, recorri à comunicação com a finalidade de diminuir o seu desconforto, associado à ansiedade, incerteza face ao desconhecido e às condições de transporte, preocupações manifestadas pela utente. Durante todo o transporte, foi mantida a comunicação com a utente, de acordo com a sua receptividade, e adotada uma postura empática e de esclarecimento face à situação presente. A intencionalidade dedicada àquele momento foi reconhecida pela utente que, por sua iniciativa, se manifestou “*mais tranquila*” (sic) e reconfortada, levando-nos, à luz da teoria de Enfermagem, a estabelecer paralelismo com um estado de alívio e tranquilidade (Kolcaba, 2003). Em introspeção ao momento, senti reforçada a pertinência de, enquanto Enfermeira, conseguir transmitir, na expressão verbal e não-verbal, a segurança, congruência e solidez no conhecimento que sustenta a prática.

O contexto de UCIC trouxe outras perspetivas do Saber, no âmbito da aquisição de competências comunicacionais. O fator tempo, a disponibilidade, a proximidade e o próprio espaço físico foram facilitadores da envolvimento para com o doente/família.

Distingo, do percurso, uma situação de cuidados à família de um utente com status pós-EAM anterior com necessidade de VMI, trazido diretamente pelo INEM para a Sala de Hemodinâmica e, posteriormente, transferido para a UCIC. Quando a esposa e a filha do utente se apresentaram na UCIC, foi promovido, em conjunto com a enfermeira orientadora, um primeiro momento de contacto para acolher e preparar a família para o que iriam encontrar - o estado crítico do familiar, as estratégias de intervenção terapêutica desenvolvidas e todo o aparato tecnológico envolvente.

Este momento foi equacionado com a intenção de promover uma relação terapêutica, esclarecer dúvidas, identificar receios, observar comportamentos, demonstrar disponibilidade, criar envolvimento e fortalecer a família, com recurso à implementação de estratégias comunicacionais, por forma a minimizar a instabilidade emocional vivida, face à vulnerabilidade associada ao momento de transição (Mendes, 2016). Uma vez mais se reforça a pertinência da comunicação, não só enquanto meio

de transmissão de informação, mas enquanto instrumento fundamental ao cuidado humanizado, ao suporte emocional, ao encorajamento e ao conforto da PSC e família (Borges, 2015).

No desenvolvimento da prática clínica em UCIC, pude constatar que a PSC apresenta frequentemente compromisso do seu estado de consciência, quer seja por se encontrar sob VMI e/ou sob perfusões sedo-analgésicas. Foi verificado que, quando os parâmetros de sedação diminuem por evolução favorável do quadro clínico, a PSC vivencia desconforto manifestado por estados de ansiedade, agitação e confusão, potenciados pelo ambiente desconhecido e pessoas envolventes, ausência de recordação dos acontecimentos prévios e dificuldade em comunicar devido à presença do tubo endotraqueal. Nestes casos, foram implementadas estratégias de comunicação adequadas e que, de acordo com Schuster & Nykolyn (2010), contribuem para cuidados humanizados, tais como a saudação, o toque, a solicitude, a escuta ativa, o contacto visual, a escrita em papel, o uso de utensílios e objetos, assim como o recurso ao humor terapêutico. A aplicabilidade destas estratégias de comunicação revelou-se facilitadora da promoção do conforto, por reduzir o estado de ansiedade e agitação da pessoa/família, viabilizando intervenções de enfermagem adequadas e centradas nas suas necessidades.

Perspetivando a comunicação pelo prisma da equipa multiprofissional, urge a sua importância enquanto precursora de cuidados de saúde seguros. A passagem de informação entre profissionais, nos momentos de admissão, transferência, internamento e alta de doentes, representa um ponto crítico para a segurança do doente. Acorrendo à Norma nº 001/2017 de 06/02/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde da DGS (2017b), a comunicação respeitou a ferramenta de padronização de comunicação privilegiada em saúde, a mnemónica ISBAR (I – Identificação, S – Situação atual/Causa, B – Antecedentes/Anamnese, A – Avaliação, R – Recomendações), por forma a estruturar a informação e garantir que se transmitem todos os dados pertinentes.

Considero o objetivo proposto atingido, tendo adquirido e desenvolvido as competências de gerir a “comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”, estabelecer uma “relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” e assistir “a pessoa,

família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” integradas na competência “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (ESEL, 2010, p. 1; Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19363).

Objetivo específico: Desenvolver competências no alívio e controlo da dor na PSC.

A dor é definida como um estado de desconforto multidimensional, que envolve não só componentes sensitivos, como também cognitivos e afetivos, com níveis de intensidade variáveis (DGS, 2003; Kolcaba, 2003). Saliencia-se que a dor representa um dos principais sintomas pelo qual as pessoas recorrem aos serviços de saúde, na procura do seu alívio (DGS, 2003).

A circular normativa n.º 09/DGCG, de 14 de junho de 2003 da DGS (2003), distingue a dor como o 5º Sinal Vital, definindo a sua gestão como um direito da pessoa e um dever do profissional de saúde, essencial para a humanização dos cuidados de saúde.

A gestão da dor surge na prática como um processo em que se envolvem a componente técnica e interpessoal, adjuvados por recursos materiais e tecnológicos. Enquadrando o processo de gestão da dor como indissociável do conceito de conforto, e estabelecendo paralelismo à Teoria de Kolcaba, o alívio da dor veicula um estado de tranquilidade e transcendência a serem vivenciados nos contextos físico, psicológico, ambiental, sociocultural e espiritual (Kolcaba, 2003).

No objetivo de promover o alívio da dor, é fundamental a sua correta avaliação (Gélinas, Fortier, Viens, Fillion & Puntillo, 2004). Avaliar a dor não se cinge apenas à identificação da sua causa, requer igualmente que se explorem as suas características, bem como o seu impacto na qualidade de vida, para que seja possível um planeamento de intervenções de enfermagem individualizadas e dirigidas à especificidade da pessoa cuidada, diminuindo a subjetividade inerente ao exercício de avaliação da dor.

Em ambientes complexos como o SU e a UCI, a avaliação criteriosa da dor

assume-se um desafio, sendo muitas vezes relegada a segundo plano, pela exigência de uma intervenção rápida face a diferentes alterações sistémicas. Nestes contextos, reveste-se de particular pertinência recorrer a instrumentos de avaliação da dor que sejam de fácil aplicabilidade (Metzger et al., 2002), adaptados à pessoa e à sua situação clínica. Cumprindo o princípio da adaptabilidade dos instrumentos de avaliação da dor, no decurso do estágio foram utilizadas escalas de autoavaliação e heteroavaliação, reconhecendo que o seu uso facilita a avaliação e monitorização sistemática da dor (Urden et al., 2008).

Na utilização das escalas de autoavaliação, a pessoa afirmou-se no seu papel de parceiro de cuidados, por ser a melhor avaliadora da sua própria dor (OE, 2008), capaz de mencionar com exatidão as suas características (DGS, 2003). Partindo desse pressuposto, sempre que mantidas as funções cognitivas e a capacidade de comunicar da PSC, foi selecionada, de entre as escalas de auto-avaliação, a Escala Numérica da dor.

Contudo, em ambiente de SU e UCI, foi efetiva a necessidade de adaptar outras escalas para a avaliação da dor, por incapacidade da PSC se autoavaliar, quer por alteração do estado de consciência, quer por alterações da comunicação (incluindo entubação endotraqueal) ou alterações cognitivas (Herr et al., 2011). Perante estas particularidades, foram adotadas escalas de heteroavaliação. A *Behavioral Indicators of Pain Scale* (BPS) é uma escala comportamental de avaliação da dor, desenvolvida para ser utilizada na PSC não comunicante e sob ventilação mecânica (Payen et al., 2001), cuja avaliação se baseia na observação da musculatura facial, do movimento dos membros superiores (pelo tônus muscular) e da adaptação ao ventilador. Em pessoas não comunicantes e com défices cognitivos importantes, foi adaptada a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), baseada em cinco indicadores: respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade (Batalha et al., 2012).

Por forma a conseguir identificar o impacto das intervenções de enfermagem para a gestão diferenciada da dor, foi cumprida a avaliação inicial da dor e, posteriormente à implementação das medidas planeadas, a sua reavaliação, bem como o seu registo sistemático no processo individual. A seleção da estratégia apropriada para gestão da dor é parte integrante das competências do enfermeiro (Benner, 2001), vinculando a si a abordagem farmacológica e não-farmacológica da

dor.

Dada a especificidade dos cuidados nos contextos de SU e UCI, a PSC apresenta maior vulnerabilidade a experienciar dor associada aos cuidados de saúde, desde as intervenções de enfermagem (transferências e posicionamentos, realização de pensos, aspiração de secreções, cuidados de higiene), aos procedimentos invasivos para monitorização e terapêutica (colocação de linha arterial) e a colocação de dispositivos médicos (ventilação mecânica, cateteres venosos, colocação de drenos) (Lindenbaum & Milia, 2012). Previamente a cada intervenção, houve sempre o cuidado de informar a pessoa/família acerca dos procedimentos, com a intencionalidade de reduzir a ansiedade associada. Esta conduta promove um impacto consequente na gestão da dor, pela redução da necessidade de administração de fármacos analgésicos (Kolcaba, 2003).

Remetendo ao contexto prático, em SU foi possível prestar cuidados à PSC com politraumatismo, nos quais foi atribuído particular enfoque ao controlo da dor como forma de proporcionar conforto e, concomitantemente, maior estabilidade hemodinâmica e ventilatória (Urden et al., 2008). Face à situação particular, o controlo da dor foi gerido conjugando a observação de comportamentos sugestivos de dor, a identificação de indicadores fisiológicos de dor através da monitorização, a administração de terapêutica analgésica, o posicionamento corporal de conforto, preservando a integridade funcional, e o estar com a pessoa, esclarecendo em antecipação os cuidados de saúde e a atuação da equipa multiprofissional.

Também no cuidado à pessoa em situação de fim de vida, o controlo da dor, com vista a promover o conforto, foi considerado fulcral na intervenção de enfermagem (Kolkaba, 2003). A monitorização sistemática da dor, a gestão da analgesia (sempre que identificada dor ou previamente a procedimentos potenciadores de dor) e a implementação de medidas não-farmacológicas, foram essenciais ao processo de cuidar.

Na sala de reanimação, ressalvo a intervenção no controlo da dor em situações emergentes de dor pré-cordial, associadas a quadro clínico compatível com EAM, face ao qual se assegurou uma simbiose entre a implementação de medidas farmacológicas, pelo cumprimento da terapêutica dirigida protocolada, bem como a abordagem não-farmacológica. Atuar na gestão diferenciada da dor na pessoa com

EAM reveste-se de particular importância, dado que uma abordagem ineficaz da dor se repercute hemodinamicamente, pela deterioração da função cardíaca e respiratória e, conseqüentemente, pelo aumento do período de recuperação e progressão para estados de morbidade e mortalidade (Sutari, Abdalrahim, Hamdan-Mansour & Ayasrah, 2014).

Em contexto de UCI, particularizo uma situação de cuidados à PSC com insuficiência cardíaca descompensada, com múltiplos internamentos prévios, que manifestava desconforto por dor generalizada, sem que houvesse tradução eletrocardiográfica. Adotando uma postura concordante com o cuidar confortador e humanizado, pude constatar que o alívio da dor, manifestado pela pessoa, foi conseguido como consequência da minha presença, da escuta e massagem de conforto, o que conferiu robustez à importância de estimular um estado de tranquilidade, enquanto dimensão do conforto (Kolcaba, 2003).

A dor revelou-se como sendo um dos fatores mais constritivos que inviabiliza o conforto físico. O campo experiencial permitiu verificar que existe um predomínio da utilização das estratégias farmacológicas, em detrimento das não farmacológicas de controlo da dor, possivelmente relacionado com o descrédito dos enfermeiros na sua eficácia. A conduta adotada foi também de sensibilização, para que cuidados como o posicionamento no leito, a comunicação terapêutica, o toque e a organização do ambiente, representem parte integrante dos cuidados (Ponte & da Silva, 2014), e resultem num avanço qualitativo para a humanização da prática.

Este percurso permitiu-me adquirir e aprofundar conhecimentos acerca da gestão diferenciada da dor, recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas, do bem-estar físico, sociocultural, ambiental e psicoespiritual, como componente da perspetiva holística no alívio da dor.

Nutrindo a perspetiva holística do cuidar e apreendendo de cada situação o seu significado particular, considero ter desenvolvido competências para a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” integradas na competência “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19363).

Objetivo específico: Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional.

O conceito de gestão de cuidados tem como ponto de partida a pessoa cuidada e a resposta às suas necessidades, assente na finalidade da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, que se traduzem em ganhos em saúde. Assumindo estas premissas, os enfermeiros chefes planeiam e concebem o modo de funcionamento do serviço, constituem equipas de enfermeiros, selecionam responsáveis para as mesmas, definem prioridades e métodos de organização de cuidados, preveem o aprovisionamento adequado de materiais e equipamentos e elaboram regulamentos, normas e procedimentos de atuação, às quais acrescem atividades de supervisão, delegação e orientação da equipa (Potra, 2015).

No processo de desenvolvimento de competências no âmbito da gestão dos cuidados, demonstrou-se essencial a oportunidade de ser orientada por enfermeiros com funções de chefia de equipa em ambos os contextos, acompanhando as funções inerentes ao cargo. Foi comum, a ambos os contextos, o desafio de gerir e coordenar os elementos da equipa, atribuindo-lhes funções que potenciem a otimização do serviço e possibilitem cumprir, de forma ágil e adequada, o seu propósito.

Em SU, o enfermeiro chefe de equipa assume a supervisão da prestação de cuidados à PSC e família, gere os elementos da equipa de enfermagem e assistentes operacionais por turno e define a sua distribuição pelas diferentes áreas de trabalho. Igualmente, monitoriza a afluência e ocupação do serviço, agilizando os recursos em função da mesma, colhe dados para posterior análise estatística por forma a serem obtidos indicadores de saúde (por exemplo, o número de doentes algaliados), medeia situações de conflito e, em colaboração com o elemento da coordenação e de gestão de vagas, garante a transferência dos utentes para os serviços de internamento.

No que respeita ao contexto de UCIC, além da prestação de cuidados à PSC e família, o enfermeiro orientador em função de chefia de equipa assume a distribuição dos elementos por turno, o aprovisionamento de material à prestação de cuidados que exceda o previsto (maioritariamente ao fim-de-semana), a gestão de visitas, o processo de validação de vagas e transferências e, à semelhança do SU, recolhe dados para posterior análise estatística (por exemplo, o número de utentes/número

de enfermeiros, número de utentes algaliados ou com cateter venoso central).

A evolução crescente da capacidade de gerir eficazmente o tempo, a priorização dos cuidados e a articulação e agilização de recursos, assumiram particular importância na gestão de cuidados de enfermagem. No âmbito da gestão de recursos humanos em contexto de SU, foi evidente a articulação efetuada com o intuito de aumentar a eficiência do trabalho da equipa. Sempre que verificado o aumento dos tempos de espera para triagem, era estabelecido um segundo posto de triagem, por forma a facilitar a gestão de prioridades e agilizar a sinalização e encaminhamento de situações emergentes. Em exercício análogo, em períodos de inatividade, os elementos distribuídos à sala de reanimação (enfermeiro e assistente operacional) eram mobilizados para reforço da equipa em áreas com maior fluxo de trabalho do SU.

No que respeita à gestão da prática de cuidados, distingo o desempenho conseguido em sala de reanimação, sendo a esquematização da abordagem à PSC pela metodologia ABCDE, reflexo da priorização face ao que podem ser as necessidades da pessoa, bem como a articulação com os recursos existentes, nomeadamente exames complementares de diagnóstico e dispositivos necessários à monitorização.

Em contexto de UCI, foi mantida a preocupação pela gestão de cuidados num processo natural à prática, pela flexibilização dos horários de presença da família e, priorizando, a exemplo, a sequência de cuidados aos utentes que tivessem que se ausentar do serviço para procedimento/exame, por forma a assegurar que todos os cuidados necessários lhe fossem garantidos antes da sua saída.

Saliento a influência do trabalho em equipa multiprofissional, testemunhado e usufruído em ambos os contextos de estágio, enquanto facilitador do processo de gestão de cuidados. A abordagem multiprofissional assumiu-se como uma exigência ao cuidar holístico, que considera a pessoa e família como figuras centrais, e que objetiva eficiência na gestão do conforto.

No decurso dos estágios, a gestão em situações de catástrofe não se transpôs ao plano prático. Por forma a colmatar as lacunas de conhecimento existentes e adequar a prática, foi desenvolvida a consulta dos planos de catástrofe de ambos os serviços e a sua posterior análise com os enfermeiros orientadores.

Valorizando a experiência profissional já adquirida no âmbito da gestão, considero ter conseguido o objetivo proposto, tendo sido desenvolvidas intervenções que viabilizam a gestão dos cuidados e mobilizando para o contexto prático, no âmbito da gestão, as capacidades na gestão de recursos humanos e materiais.

Tendo por base as vivências descritas, considero ter adquirido e desenvolvido a competência de gerir “os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010, p.1), “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748) e de gerar “respostas de adaptabilidade individual e organizacional” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4749).

Objetivo específico: Desenvolver competências na prevenção e controlo de infeção nos cuidados à PSC.

Em contextos de complexidade como os SU e as UCI, em que impera a intervenção imediata, a sobrelotação de espaços e em que é frequente a necessidade de utilizar dispositivos invasivos, como modalidade terapêutica e de monitorização, o risco de infeção e a contaminação por microrganismos multirresistentes representa um problema potencial. Ancorado na proximidade de contacto e envolvimento terapêutica que estabelece com o utente, o enfermeiro assume uma posição basilar na implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção.

Segundo o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da DGS (2017c), as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos representam uma preocupação crescente à escala mundial, integrando a lista de fatores de morbilidade e mortalidade. Por forma a minimizar o seu impacto, o PPCIRA defende uma Estratégia Multimodal das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI).

De acordo com a DGS (2017c), as PBCI orientam regras de boa prática a implementar por todos os intervenientes nos cuidados de saúde (utentes/profissionais/visitantes) aquando da prestação de cuidados, visando

minimizar do risco de infeção e a transmissão cruzada de microrganismos, por via direta ou indireta.

Alinhando a prática em contexto de estágio aos padrões de qualidade das PBCI (DGS, 2017c), foi preocupação presente a higienização das mãos nos momentos adequados, a utilização de equipamentos de proteção individual, a etiqueta respiratória, o assegurar a colocação/isolamento criterioso de utentes, o uso de técnica asséptica, a preparação segura de terapêutica, a gestão adequada de resíduos, bem como a orientação para a higienização e desinfeção dos espaços e equipamentos e, também, a prevenção de exposição a agentes microbianos em ambiente de trabalho.

A prevenção e o controlo de infeção em contexto de SU revela-se um desafio, pela dinâmica funcional que lhe é característica, na qual muitas vezes se verifica a sobrelotação do espaço, o que compromete o adequado distanciamento das macas, e pela tipologia de utentes (em situação crítica ou em falência multiorgânica), perante os quais é essencial o agir imediato e em conformidade.

No decorrer do estágio de SU, validei que a adoção de medidas preventivas pela equipa de Enfermagem se verifica desde o primeiro contato com o utente/família, por norma na triagem. Deste modo, realiza-se dispensa de máscara cirúrgica a utentes com sintomas respiratórios/imunodeprimidos, utilização de equipamento de proteção individual adequado, sempre que se verifique suspeita da necessidade de isolamento (de contacto, gotícula, via aérea e/ou misto), e alocação e encaminhamento por circuito diferenciado desses utentes para observação.

No encontro aos padrões de qualidade das PBCI, numa instituição acreditada pela *Joint Commission International*, verificou-se que estão estruturados, amplamente divulgados e implementados pela equipa multiprofissional de cuidados, um vasto leque de protocolos que orientam a prática. Os protocolos referidos têm a finalidade de prevenir/reduzir a incidência de infeções associadas a cuidados de saúde e dispositivos médicos, a exemplo o cateter venoso periférico e central, o tubo endotraqueal e o cateter vesical.

De acordo com o estudo realizado pela DGS (Pina, Paiva, Nogueira & Silva, 2013), das infeções hospitalares mais frequentes destacam-se as infeções respiratórias inferiores (29,3%), as infeções urinárias (21,1%) e as infeções do local

cirúrgico (18%). De notar, que as infeções do trato urinário adquiridas em meio hospitalar surgem, muitas vezes, associadas ao procedimento invasivo de cateterização do trato urinário.

Neste enquadramento, destaco em particular o programa de Redução de Infeções do Trato Urinário associadas à Algaliação (RITUALS) desenvolvido pela instituição, sustentado na Norma n.º 019/2015 da DGS - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2015b), que transpus à prática de cuidados, colaborando na monitorização dos indicadores extraídos, em conjunto com o enfermeiro orientador: número de utentes algaliados, motivo da algaliação, número de utentes com suspeita de infeção associada a dispositivos urinários.

No decurso do estágio, foi possível cuidar a PSC elegível a critérios da Via Verde Sépsis, sob orientação do projeto “Via Verde Sépsis”, sustentado pela Norma n.º 010/2016 da DGS (2016), na qual vi reforçada a importância do reconhecimento e tratamento precoce e adequado, para melhores *outcomes* e redução da taxa de mortalidade associada.

Pelo percurso experienciado, o contexto de UCI revela características facilitadoras ao cumprimento rigoroso das normas de prevenção e controlo de infeção, pela individualização das unidades de cuidados (quer de mobiliário, quer de equipamentos) e pelo ambiente e rácios controlados, que permitem, além do foco numa prática de cuidados individualizada, maior disponibilidade para enfatizar a temática por meio de formação envolvendo a família/visitas.

Visando a prevenção e controlo de infeção, distingo o cumprimento do protocolo de Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) à pessoa internada na UCI, orientado pela norma n.º 018/2014 da DGS, atualizada a 27/04/2015. A referida norma preconiza a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com toalhetes de Gluconato de Clorohexidina a 2%, pelo menos nos primeiros 5 dias a contar da data de admissão; e a higiene oral, pelo menos três vezes por dia, com Gluconato de Clorohexidina a 0,2%, durante o internamento, à pessoa com tubo ou cânula endotraqueal (DGS, 2014).

A salientar também a aplicabilidade prática do “Feixe de Intervenções” de

Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, preconizado pela norma n.º 021/2015, atualizada a 30/5/2017, da DGS (2015c). Neste sentido, foi cumprido em contexto a gestão da sedação; a avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação; a elevação da cabeceira do leito em ângulo igual ou superior a 30º, evitando a posição supina; a higiene oral com Gluconato de Clorohexidina a 0,2%, pelo menos três vezes ao dia; a manutenção dos circuitos ventilatórios e sua substituição quando sujos ou em disfunção; e a manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 a 30 cmH₂O (DGS, 2015c). Para além destas medidas, foi possível participar, conjuntamente com o enfermeiro orientador, na monitorização da higienização das mãos de acordo com o recomendado pela DGS, por meio de auditoria aos profissionais.

Aliado à prevenção e controlo de infeção, assoma, inevitavelmente, o conceito de segurança, como alicerce à estruturação de abordagens multidisciplinares com o propósito major de quebrar a cadeia de transmissão de infeção (Gonçalves, 2012) e de vigilância, enquanto veículo de alerta precoce, essencial na identificação, planeamento e monitorização da eficácia das intervenções/programas instituídos (Mitchell & Gardner, 2014).

A utilização de sistemas tecnológicos que incrementam a segurança do utente, foi uma realidade experienciada em ambos os contextos. No SU, constatei um grande investimento em sistemas de segurança que redefinem o paradigma da prática de Enfermagem. Destaco o MAPP® - *Mobile App Platform* que, através da leitura por infravermelhos de um código da pulseira de identificação do utente, permite aceder ao seu processo clínico e efetuar registos de enfermagem junto da PSC; a *Pharmatrac*®, que cumpre o propósito da administração segura de terapêutica; e o *Bloodtrac*®, na administração segura de componentes sanguíneos. Em contexto de UCI, pude utilizar o sistema *Gricode*®, para administração de componentes sanguíneos, através da validação de códigos de identificação na pulseira atribuída ao utente e nas unidades de componentes sanguíneos.

Consciente de que a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados à PSC passa também pela capacitação de todos os profissionais de saúde e familiares/visitantes para práticas adequadas, foi adotada, nos diferentes contextos, uma atitude pedagógica, quer por via da formação informal, quer pelas orientações dadas nas situações de incorreção.

Perante as aprendizagens relatadas, considera-se o objetivo atingido, tendo sido fomentada a competência de “maximizar a intervenção na prevenção, controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (ESEL, 2010, p.1), igualmente preconizada no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Objetivos específicos:

Integrar a prática reflexiva e pensamento crítico nos cuidados à PSC;

Desenvolver uma prática profissional e ética nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica / falência multiorgânica.

A Enfermagem tem, inerente ao seu exercício, um corpo de conhecimentos éticos, morais e deontológicos, que visam conjugar a prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa/família, com respeito pela sua singularidade, os seus valores, as suas crenças e preferências.

O exercício da profissão é regulado por um conjunto de normas e diretrizes legislativas emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, nas quais se integra o Código Deontológico dos Enfermeiros, que realça uma intervenção de Enfermagem desenvolvida com base na “defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Artº. 78, nº 1, p.38), e que assume no seu compromisso profissional, agir pela proteção da pessoa e “respeito pelos direitos humanos” (Artº. 78, nº 3, alínea b, p.43) (OE, 2015).

A humanização dos cuidados de Enfermagem e o processo de tomada de decisão eticamente sustentado, em contextos nos quais a perícia técnica representa uma forte componente de desempenho, assume-se como um processo de maior complexidade. A prática em saúde exige o enfoque na pessoa, enquanto elemento de centralidade, num exercício de equilíbrio e juízo que assegure que “o que é cientificamente possível é eticamente correto” (Pacheco, 2004, p.17). De acordo com Twycross (2003), considerar a singularidade da pessoa durante a prestação de cuidados e fazer transparecer essa preocupação à pessoa cuidada, faz com que esta se sinta incluída e valorizada.

Enquadrar o cuidado numa filosofia humanizadora e confortadora, remete para o planeamento de intervenções num ato individualizado e singular, de respeito pelo sentido e pelo valor do outro. Em linha orientadora ao projeto, a prática de confortar reconhece-se na dimensão humana, assente na dignidade e na integridade moral, que determina o agir no melhor interesse pela pessoa.

Em contexto de estágio, tive oportunidade de cuidar de pessoas em fim de vida e respetiva família. Desenvolver cuidados paliativos em serviços tidos por definição como estritamente tecnicistas, representou um desafio, todavia não limitou o cuidar com a intencionalidade de dar qualidade à morte, atenuando os desconfortos associados e dignificando a vida.

É dever ético e profissional proporcionar um fim de vida digno. Por meio de reflexão, comprovei, uma vez mais, a importância do papel do enfermeiro em todos os estadios da vida. O cuidar da pessoa em fim de vida exige-nos o saber fazer, o saber estar e o saber ser, mas essencialmente a capacidade de ser Humano, na verdadeira assunção da palavra.

A conceção comumente generalizada de que “não há mais nada a fazer” é totalmente desajustada daquela que foi a realidade protagonizada, na qual se procurou promover qualidade de vida até ao seu fim (Neto, 2010). A afirmação “Tenho direito a ser tratado como pessoa até ao momento da minha morte”, direito explicitado na Carta dos Direitos do Doente em fim de vida, salienta a premência da salvaguarda de uma prática de cuidados de saúde, que vise minimizar o sofrimento e proteger a dignidade do ser humano (Pacheco, 2004).

Face à situação, o cuidar humanizado assumiu-se como imperativo ético e foco da prática de Enfermagem. Houve lugar a uma redefinição de objetivos terapêuticos e simplificação das medidas implementadas, nomeadamente cumprir o reajuste da terapêutica e vias de administração instituídas, o toque terapêutico, o tom de voz adequado, o posicionamento, a massagem, a gestão da dor, o ambiente envolvente agradável à pessoa, a disponibilidade e presença da equipa e a envolvência da família com o consentimento do utente, foram medidas de conforto (Kolcaba, 2003) que considereei essenciais no processo de cuidar e, das quais, os Enfermeiros são prescritores e executores.

Durante o percurso palmilhado, a prestação de cuidados foi vinculada à

perspetiva de promover o conforto da PSC, de acordo com o referencial teórico que conduziu todo o projeto. A PSC foi incluída, enquanto uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, com respeito integral pelos seus valores (OE, 2015). Para a tomada de decisão, prevaleceu o juízo fundamentado na evidência científica, nas responsabilidades éticas e sociais, bem como na experiência pessoal e profissional.

Desenvolver cuidados face a situações clínicas diversificadas, em contextos de elevada especificidade e complexidade, reforçou a dimensão da reflexividade sobre a abordagem à PSC, pelo exercício de questionamento constante, distanciamento e análise crítica da prática, sempre com vista à melhoria contínua dos cuidados.

Neste caminho de construção de competências, aquisição e consolidação de saberes procurei manter uma postura reflexiva. O exercício reflexivo *na* e *sobre* a ação, a discussão constante de casos com os enfermeiros orientadores, peritos na área, a frequência de congressos e jornadas, assim como a proactividade na pesquisa da melhor evidência científica, permitiram este processo de transição pessoal e profissional.

No contexto de SU, o exercício de reflexão materializou-se pela elaboração de um jornal de aprendizagem sobre o posicionamento dos cuidados paliativos em SU, bem como a pertinência de haver nas equipas elementos com formação específica na área. Analisar e refletir as vivências num jornal de aprendizagem, permitiu conjugar os saberes da prática à teoria. Sendo evidente que o fenómeno da morte está cada vez mais socialmente “hospitalizado”, é essencial que os enfermeiros adquiram competências para saber agir e lidar com o processo de morrer (Cerqueira, 2007).

Na reminiscência do processo reflexivo, destaco, em contexto de UCIC, a realização do estudo de caso sobre uma PSC com diagnóstico clínico de EAM. O estudo de caso revelou-se uma mais-valia no percurso, permitindo o planeamento de intervenções de enfermagem tendo por base a reflexão, análise e tomada de decisão face às necessidades da PSC e família, fundamentando com base na evidência científica obtida.

Alargar o processo de reflexão à equipa multiprofissional revelou-se igualmente enriquecedor, pela integração de diferentes perspetivas, vivências e saberes sobre um mesmo tema e com o objetivo de evolução conjunta. Após a intervenção

desenvolvida face a situações de paragem cardiorrespiratória, foi prática instituída promover um *debriefing* com a equipa envolvida para analisar o seu desempenho, identificar momentos de sucesso e projetar pontos de melhoria para situações futuras, com base em fundamentação científica.

Remetendo à perspectiva do desenvolvimento pessoal e profissional, este exercício de refletir a prática profissional evidenciando nela um suporte teórico, revelou-se fundamental para a conceptualização e materialização das vivências essenciais na continuidade da aprendizagem, assim como para o desenvolvimento de competências que fomentem boas práticas.

Almejando uma prestação de cuidados de nível avançado, procurei, na continuidade a este processo, desenvolver a capacidade reflexiva, com vista ao cuidado de excelência.

A realização das atividades descritas possibilitaram um percurso evolutivo na competência de “abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador”, “refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações” (ESEL, 2010, p.1), desenvolver “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4746) e desenvolver “o autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745).

Objetivo específico: Promover a formação em serviço.

O caminho para a excelência do cuidar constrói-se no percurso do desenvolvimento de competências, consequente à conciliação do processo de aprendizagem decorrente da prática profissional e académica, das vivências, da motivação individual, do espírito crítico e da capacidade de reflexão e introspeção.

A formação contínua, experiencial ou académica, é uma exigência imprescindível à prática fundamentada de Enfermagem. A proximidade entre pares, a heterogeneidade profissional e a multiplicidade de recursos para aprendizagem, fazem das instituições de saúde locais de formação por natureza (Abreu, 2007).

O presente objetivo específico surge na busca pela responsabilidade atribuída ao EE enquanto elemento “facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” e “dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4749).

Ao longo do percurso realizado, foi transversal a necessidade de adquirir e aprofundar saberes, que me capacitassem à tomada de decisão e ao agir adequado e fundamentado perante as situações experienciadas. Igualmente, tive também a necessidade de disseminar conhecimento, em particular na pertinência de promover o conforto da pessoa de quem cuidamos.

Foram vários os momentos formativos no contexto de SU, promovidos quer pela instituição, quer por enfermeiros colegas de mestrado, ou pela divulgação interna e consulta de normas e procedimentos do serviço, no propósito de agir em conformidade com a prática instituída (por exemplo, Comissão de Controlo de Infecção, Protocolos de Vias Verdes, Identificação Inequivoca do Doente, Avaliação de Risco e Prevenção de Quedas...). No âmbito da formação interna, destaco uma formação sobre Ventilação Mecânica Não Invasiva, enquanto tratamento de primeira linha em pessoas com insuficiência respiratória, ao qual está associada uma melhor taxa de sobrevida e diminuição efetiva da necessidade de adaptação à modalidade de ventilação invasiva (Keenan et al., 2002). Foram exploradas intervenções de enfermagem, como o posicionamento adequado da pessoa, a utilização de apósitos para proteção facial de zonas de pressão e a ingestão de água por forma a minimizar a secura da mucosa. Perspetivando a Teoria de Kolcaba, identifiquei estas intervenções como sendo promotoras do conforto físico, capacitando a pessoa para uma melhor adaptação à técnica de VNI.

Ainda no contexto da formação interna, com intuito reforçado de melhor compreender a aplicabilidade e precisão do STM e fundamentar conhecimentos adquiridos na observação em contexto, foi-me possível assistir ao Curso de Triagem ministrado pelo GPT. Este momento esclareceu a operacionalização do sistema e permitiu compreender a triagem, enquanto exemplo da consagração do exercício autónomo em Enfermagem, pela exigência atribuída ao enfermeiro na perícia e responsabilidade numa primeira avaliação sistematizada de todos os doentes, hierarquização das prioridades de atendimento, racionalização de recursos e tempos

de espera, bem como o encaminhamento adequado dos doentes pelos diferentes setores do SU.

Não obstante, revelou-se basilar que o enfermeiro possua um corpo de conhecimentos teórico-práticos, que conduzam a uma avaliação rápida e eficaz da pessoa, possibilitando o reconhecimento célere de sinais de gravidade e instabilidade que possam representar risco de vida, para assim agir face aos mesmos sem planeamento prévio.

Assente na pertinência da atualização constante do conhecimento científico, acompanhei as V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva (Anexo II), que me permitiram testemunhar a partilha de saberes e opiniões de peritos em diversos temas pertinentes na abordagem à PSC. Tive a oportunidade, também, de conhecer novas *guidelines* baseadas na melhor evidência, as quais mobilizei como sustento à intervenção face à natureza mutável das necessidades da PSC, nomeadamente ressuscitação cardiorrespiratória avançada, abordagem à vítima de trauma e abordagem da via aérea difícil.

Seguindo o fundamento da formação contínua e com base no reconhecimento dessa necessidade em contexto de UCIC, frequentei um Curso de Eletrocardiografia Avançada (Anexo III), com o intuito de incrementar o meu corpo de conhecimentos, de ter maior *know-how* na identificação precoce de alterações e, conseqüentemente, uma melhor capacidade de responder com segurança às exigências e especificidades da PSC com patologia cardíaca.

Ciente de que a partilha de saberes e experiências entre pares gera conhecimento em Enfermagem, capaz de conferir maior eficiência na prestação de cuidados, tornou-se manifesta a importância de partilhar os resultados da RIL com as equipas de Enfermagem do SU e UCIC, dinamizando a formação “Promover o Conforto na pessoa com EAM: Intervenção especializada do Enfermeiro”, para a qual foram complementarmente elaborados um plano e guião da sessão.

Na UCIC, foi também desenvolvida a sessão formativa “Promover o Conforto no Doente Crítico: Instrumentos de avaliação da dor”, com o objetivo de sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da adequada avaliação da dor, assumindo a avaliação e gestão da dor enquanto intervenção facilitadora para alcançar estados de conforto (Kolcaba, 2003), para a qual foi igualmente produzido um plano e guião

da sessão formativa.

A motivação para a dinamização destas formações derivou não só do interesse manifestado pelas equipas, como também da intenção pessoal de consciencializá-las, por meio de evidência científica, para a pertinência de integrar o conceito de conforto na construção do agir complexo em Enfermagem.

Da análise da intervenção do enfermeiro face à PSC, foi identificada a necessidade de organizar uma mala de transporte para a UCIC, uma vez que a mala existente era partilhada por dois serviços e equipas distintas, bem como definir a informação de suporte ao transporte inter-hospitalar. Assim, em colaboração com a enfermeira chefe e orientadora, foi proposta uma norma para integrar o Manual de Procedimentos em Enfermagem da unidade sobre o Transporte Inter-hospitalar, no qual se adaptaram e incluíram novos documentos - Escala de Avaliação do Nível de Transporte, Lista de Verificação do Transporte, Folha de Registo de Transporte Inter-Hospitalar, *CheckList* de Verificação da Mala de Transporte e Tabela de Registo de Abertura da Mala de Transporte. A elaboração dos documentos referidos fez-se com recurso à pesquisa sistematizada da evidência científica, sempre na perspetiva de projetar a prática para uma Enfermagem avançada.

Estas atividades permitiram maior segurança no papel de formadora e enquanto agente facilitador a aprendizagens, que contribuam para a melhoria da prática clínica. Acresce à análise do caminho desenvolvido, a valorização transmitida pelos enfermeiros dos locais de estágio, face aos momentos de formação e informação proporcionados.

É essencial a dedicação e empenho no processo de aquisição, construção e disseminação do conhecimento. Incorporar a evidência científica na aprendizagem experiencial fortaleceu a minha participação na tomada de decisão, permitindo responder de forma adequada, individualizada e fundamentada às necessidades específicas de cada pessoa/família.

A frequência de congressos científicos, os momentos de discussão com peritos da área clínica e a dinamização de momentos de formação, possibilitaram a aquisição e desenvolvimento das competências: “selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão”; “expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio”, “mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação” e

“abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador” (ESEL, 2010, p. 1), baseando a “praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748).

No desenvolvimento do presente capítulo, procurei explicitar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermagem especializadas no cuidar a PSC, com foco particular no conforto da pessoa com EAM, salientado a riqueza das experiências de aprendizagem que desenvolvi em contexto de SU e UCIC. Estas experiências de cuidados, reforçaram em mim a convicção de que confortar é uma competência do enfermeiro, particularmente exigente em ambientes tecnológicos e em que a prestação de cuidados se espera célere. Nestas circunstâncias, foi desafiante adaptar a teoria à prática e mobilizar saberes que me permitissem desenvolver uma prática de cuidados humanizados, promovendo o conforto da PSC, mantendo presente o dever ético do respeito pela dignidade humana e pelo melhor benefício para a pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Incentivar a humanização de cuidados no seio de contextos como os SU e as UCI, ambientes tecnológicos por definição, e onde a prevalência da perícia técnica se revela tendenciosa, representa um estímulo à Enfermagem.

O presente relatório expõe o percurso formativo associado ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC, com particular enfoque na temática proposta: "Promover o Conforto da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Intervenção Especializada do Enfermeiro", sustentado na Teoria do Conforto de Kolcaba, enquanto referencial teórico. No constructo do percurso refletido, foram contemplados o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem à PSC da ESEL (ESEL, 2010), os Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, bem como as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica segundo a OE.

Confortar é uma competência do enfermeiro (Benner, 2001). Kolcaba (2003) assume que todas as intervenções de Enfermagem têm como finalidade promover o conforto, colocando no enfermeiro a responsabilidade da avaliação intencional das necessidades de conforto da pessoa (as quais têm subjacentes as sensações físicas, aspetos ambientais, interações sociais e a vida espiritual), no planeamento de medidas que satisfaçam estas necessidades e na avaliação da sua eficácia, quer subjetiva quer objetivamente, por forma a assegurar o conforto como resultado.

Diariamente, na prática de enfermagem, é aplicado o termo conforto vinculado ao estado de ausência de dor ou desconforto físico. Usando da prática e da evidência em convergência, sabe-se que sempre que se promove a relação de ajuda, se proporciona consolo e/ou se estimula a coragem, se cuida com e para o conforto da pessoa.

O exercício de operacionalização das intervenções promotoras de conforto, enquanto base à orientação do presente relatório, foi essencial à conceptualização e apropriação da teoria.

Pela construção do enquadramento teórico, foi possível a compreensão global dos conceitos centrais da temática e, baseada na melhor evidência científica, saber do estado da arte. A mobilização dos conhecimentos adquiridos no Curso de Mestrado, foi também determinante na concretização deste percurso. A realização da

RIL permitiu validar a pertinência do tema e atribuir robustez científica ao fenómeno do conforto, enquanto conceito central da prática de enfermagem. Em continuidade, confirmou-se, no desenvolvimento da RIL, a carência de evidência que demonstre, numa abordagem quantitativa, o impacto fisiológico da implementação de intervenções de Enfermagem que promovem o conforto e, deste modo, revelem a sua influência efetiva na progressão da situação clínica na pessoa com EAM.

Na ambição de rumar nesse sentido, a realização dos estágios, nos diferentes contextos, foi subsidiada por uma postura de proatividade e palco de inúmeras situações com potencial formativo.

A experiência clínica no SU teve, como objetivo principal, o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC e sua família, em contexto de urgência e emergência. Pela diversidade de situações experienciadas e pelos seus diferentes níveis de complexidade, esta oportunidade fortaleceu a capacidade de observar a PSC, interpretar sinais e sintomas, antecipar situações de agravamento e gerir com eficiência os cuidados partilhados com a pessoa/família. Dada a imprevisibilidade própria deste contexto específico, assim como a necessidade constante de priorizar cuidados e responder de forma imediata a manifestações agudas de doença, foi desafiante a disseminação do fenómeno do cuidado confortador, humanizado e centrado nas necessidades da pessoa com EAM. Como estratégia dissipadora deste impacto sentido, foram desenvolvidos momentos de formação formal e informal, com base nos achados bibliográficos, com o intuito de sensibilizar e consciencializar a equipa para práticas que promovem o conforto, perante as quais foi manifestado feedback positivo.

Em análise aos contextos de conforto, além do contexto físico associado maioritariamente a estados de dor, foi possível verificar uma grande influência do contexto ambiental, em muito relacionado com a dinâmica característica do serviço, que dita muitas vezes condições frágeis na acomodação dos utentes.

Transcendendo toda a tecnologia existente, foi importante “olhar” e refletir, numa perspetiva integradora, a prática de cuidados paliativos em contexto de SU. Uma vez mais, se viu reforçada a temática, associando, desta feita, o conforto ao ato de dignificação da morte. Nestas circunstâncias, foi desafiante adaptar a teoria à prática e mobilizar saberes que me permitissem desenvolver uma prática de cuidados humanizados, promover o conforto da PSC, manter presente o dever ético do respeito pela dignidade humana, incitar à capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão, assentes no que representa o melhor benefício para a pessoa.

Na continuidade do percurso formativo, o estágio em UCIC representou um crescendo de complexidade face à prestação de cuidados. Foram desenvolvidos cuidados à pessoa com patologia cardíaca complexa, num enlace simbiótico com o suporte tecnológico, desenvolvido *know-how* na deteção precoce de complicações e relevada a pertinência da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

A apropriação da filosofia do cuidado confortador foi facilmente difundida na equipa, com o auxílio da formação em contexto. O cuidado centrado na díade pessoa/família, enquanto filosofia do cuidado humanizador, alcançou um significado reforçado, não só por se ter considerado maior disponibilidade de tempo para dedicar ao acolhimento, como por ser possível assegurar a consistência do contato durante o internamento. Integrar intencionalmente a família no núcleo de cuidados, revelou-se um recurso essencial no cuidado. Contornar as limitações à comunicação verbal foi igualmente enriquecedor, dinamizando o uso de técnicas cientificamente fundamentadas, que permitissem dar expressão à comunicação com a PSC. No que respeita à gestão do conforto, em particular no controlo da dor, destaco a sua avaliação através de múltiplas escalas adaptadas e, em particular, a implementação de intervenções não-farmacológicas, enquanto ações das quais o enfermeiro é prescritor e executor.

Estas medidas subsidiaram o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e família.

Abordando os contextos de conforto da pessoa com EAM, constatou-se a sua multidimensionalidade e dinamismo, tendo sido observadas necessidades de conforto relacionáveis aos quatro contextos, de acordo com a Teoria de Kolcaba, sugerindo-se o seu impacto fisiológico positivo, como na frequência cardíaca, respiratória e na tensão arterial.

Como estratégias utilizadas para alcançar o sucesso do percurso, destaco a realização do jornal de aprendizagem e do estudo de caso, a frequência de cursos, jornadas e congressos, a pesquisa de evidência científica para sustentar a prática e o estímulo constante à prática reflexiva.

A visão reflexiva e interpretativa sobre a prática clínica incrementou a aquisição e consolidação de novos saberes e competências, através da identificação de potenciais de crescimento e evolução, bem como do reconhecimento de desafios e estímulos gerados nas experiências e vivências do âmbito profissional, como base

para um agir “com” e “para” o outro de forma fundamentada, adequada e individualizada.

Em análise ao percurso, foi evidente a escassez de evidência científica que foque a temática em estudo. De igual modo, numa fase inicial, foi identificada a limitação pessoal de nunca ter desempenhado funções numa UCI, quer em contexto académico quer em contexto profissional. Todavia, assumindo o compromisso de responsabilidade acrescida no desempenho, esta limitação foi naturalmente convertida num processo de evolução e crescimento sem que, com isso, houvesse prejuízo do percurso realizado.

A multiplicidade de situações clínicas, enquanto incentivo à aprendizagem, a partilha de conhecimento entre pares, assim como o espírito de generosidade transmitido pelos orientadores clínicos e pedagógicos, salientam-se enquanto facilitadores do percurso.

Finalizar este percurso académico significa o início de um novo percurso profissional de responsabilidade acrescida na área de abordagem da PSC. Pelo exposto no corpo do relatório, considero ter atingido os objetivos a que me propus, nomeadamente no desenvolvimento de competências gerais e específicas do enfermeiro especialista na área de especialização de PSC e mestre em enfermagem na área de especialização de PSC.

Deste modo, de acordo com Benner (2001), do estadio de iniciada avançada em que me encontrava, considero estar atualmente no estadio de perita na área da promoção do conforto da pessoa com EAM.

Aspiro a que o presente relatório seja um estímulo para uma intervenção de enfermagem que concilie a promoção do conforto nos cuidados à PSC, em particular da pessoa com EAM. Na ambição de uma prática avançada, assente no princípio de desenvolver uma “Enfermagem com mais enfermagem” (Silva, 2007, p. 12), assumo dar continuidade ao investimento em intervenções de enfermagem que garantam cuidados humanizados e confortadores, utilizando os resultados para uma prática baseada na evidência e disseminação de saber na profissão de Enfermagem.

Na certeza de que ser enfermeira é, e continuará a ser, um percurso crescente em complexidade e imprevisibilidade, importa admitir, no presente momento, a nitidez do caminho a palmilhar, como ponto de partida a novas abordagens que gerem novos saberes, assentes na premissa de que Enfermagem é o “Cuidar Humano”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Aehlert, B. (2007). *Emergências em Cardiologia: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia*. (Advanced Cardiac Life Support - ACLS, Ed.) (1a). Rio de Janeiro: Elsevier-Mosby.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. DOI:10.1590/S0104-07072005000300008
- American College of Surgeons & Committee on Trauma (2012). *Advanced Trauma Life Support - ATLS* (9ª ed.). Chicago: American College of Surgeons.
- Amestoy, S. & Thofehrn, M. (2007). A enfermagem contribuindo para o restabelecimento de pacientes submetidos a angioplastia. *VITTALLE*, 19(2), 65-72.
- Andrade, M., Andrade, P., Barbosa, R., Tebet, M., Silva, F., Labrunie, A. & Mattos, L. (2011). Validação de protocolo para obtenção de hemostasia com dispositivo de compressão radial TR Band™ após intervenção coronária percutânea. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, 19(2): 184-188.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 11(9), 61-67.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M. & Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 126–135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da

escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7–16. doi: 10.12707/RIII1294

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clínical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2ª ed). New York: Springer Publishing.

Borges, D. (2015). *A comunicação com a família em contextos de cuidados intensivos*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf.

Boykin, A. & Schoenhofer, S. (2013). *Nursing as Caring - A Model for Transforming Practice*. Acedido a 25/11/2018. Disponível em <https://www.gutenberg.org/files/42988/42988-h/42988-h.htm#link2HCH0004>

Cabete, D., Fonte, C. S., Matos, M. M., Patrícia, H. M., Silva, A. R. & Silva, V. F. (2019). Emotional Support to the Family of the Critically Ill Patient: Nursing Interventions. *Revista de Enfermagem*, 4(20), 129–138. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV18062>.

Cacela D. & Ramos J.S. (2015). Síndromes Coronárias Agudas. In Mendes, J.; Ponce, P. *Manual de medicina Intensiva*. 19. pp 205-251. Lidel – Edições técnicas, Lda.

Cerqueira, A. (2007). *O Enfermeiro perante a morte do idoso em contexto hospitalar*. (Monografia de Licenciatura). Ponte de Lima.

Chater, K., & Kellum, J. A. (2007). Continuous vs. intermittent hemodialysis: with which spin will my patient win? *Critical Care*. 11(5), 313. Disponível em <https://doi.org/10.1186/cc6134>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Ed.

Decreto-Lei nº63/2016 (2016). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/75319373>

Despacho nº5561/2014 (2014). Definir quais os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, que atuam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência. *Diário da República* nº5561/2014. 2ª série. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/25696609/details/normal?q=despacho+5561%2F2014>.

Despacho nº10319/2014 (2014). São definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos Serviços de Urgência. *Diário da República* nº153/2014, 2ª série. Disponível em https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa n.º 9/DGCG de 14 de junho. Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2014). Norma 018/2014 - *Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina*. Lisboa.

Direção-Geral de Saúde. (2015a). *Rede de Referenciação de Cardiologia*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2015b). Norma 019/2015 da DGS – “*Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*”. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2015c). Norma 021/2015 – “*Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*”. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2016). Norma 010/2016 - *Via Verde Sépsis no Adulto*. Lisboa.

Direção-Geral de Saúde. (2017a). *Programa Nacional para as doenças cerebro-cardiovasculares*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Norma 001/2017 - *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa.

ESEL. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*, 2010. Disponível em <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>

European Society of Cardiology. (2016). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 37, 267 – 315. Disponível em <http://eurheartj.oxfordj>

Faria, J., Pontífice-Sousa, P. & Gomes, M. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enfermeria Global*. 50 (1), 490-502. ISSN 1695-6141

Frasure-Smith, N., Lespérance F., Juneau M., Talajic M. & Bourassa M. (1999). Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*. 61(1), 26-37. ISSN 00333174.

Gallagher, R. & Driscoll, A. (2012). Cardiovascular Alterations and Management. In Elsevier-Mosby (Ed.), *Critical Care Nursing* (2nd ed., pp. 215–250). Sydney: Australian College of Critical Care Nurses (ACCCN).

Gélinas, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L. & Puntillo, K. (2004). Pain Assessment and Management in Critically ill Intubated Patients: A Retrospective Study. *American Journal of Critical Care*. 13(2), 126-35.

Godinho, N. (2020). *Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. Lisboa: ESEL.

Gonçalves, S. (2012). *Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

GPT - Grupo Português de Triagem. (2011). *Triagem de Prioridades na Urgência: Sistema de Manchester*. Disponível em <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp->

content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf.

- Heidemann, A. M., Cândido, A. P. L., Kosour, C., Costa, A. R. O. & Dragosavac, D. (2011). Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em pacientes cardíacos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 23(1), 62-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103 507X2011000100011>
- Herr, K.; Coyne, P.J., Mccaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain Assessment in the Patient unable to self-report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*. 12(4), 230-250.
- Hsiao, P., Redley, B., Hsiao, Y., Lin, C., Han, C. & Lin, H. (2016). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*. 30, 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... Vranckx, P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST -segment elevation. *European Heart Journal*, 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Júnior, G. A., Carvalho, J. B., Ponte Filho, A. D., Malzone, D. A. & Pedersoli, C. E. (2007). Transporte Intra-Hospitalar do Paciente Crítico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 40(4), 500-508. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v40i4p500-508>
- Keenan S.P., Powers C., McCormack D.G. & Block G. (2002). Noninvasive positive-pressure ventilation for postextubation respiratory distress: A randomized controlled trial. *Jama*. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195045>
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.
- Kolcaba, K. & Kolcaba R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x
- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1-10.

- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92.
<http://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kolcaba, K., Dowd, T., Steiner, R. & Mitzel, A. (2004). Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 6(2), 91–102.
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories. Application to nursing research* (2nd ed., pp. 254-272). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Krinsky, R., Murillo, I. & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 27(2), 147–150. Disponível em <http://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.02.004>
- Landal, F. & Pelaes, T. (2009). Importância das orientações de enfermagem no exame de cateterismo cardíaco em unidade hemodinâmica. *Boletim de Enfermagem*, 3(2): 18-30.
- Lei n.º156/2015 (2015). Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República*, 1ª série, (n.º 181 de 16-09-2015) 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Leininger, M. (1995) - *Transcultural nursing: concepts theories, research and practices*. 2ª ed. New York: McGraw-Hill.
- Lindenbaum, L. & Milia, D. J. (2012). Pain management in the ICU. *The Surgical Clinics of North America*, 92 (6), 1621–36. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2012.08.013>
- Lipman, B. & Cascio, T. (2001). *ECG Avaliação e Interpretação*. Loures: Lusociência.

- Marques, N., Faria, R., Sousa, P., Mimoso, J., Brandão, V. Gomes, V. & Jesus, I. (2012). Impacto da via verde coronária e da angioplastia primária na redução da mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(10), 647-654. Disponível em <http://www.spc.pt/spc/pdfs/artigos/900.pdf>.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (Suppl) [1]. Acedido a 20/03/2019. Disponível em: <http://www.fons.org/library/journal.aspx>.
- Meleis, A. I. (2010). *Tansitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, A. P. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: Lusodidacta.
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1). Disponível em <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>.
- Metzeger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor. Avaliação da Dor, Modalidades de Tratamento, Psicologia do doente*. Loures: Lusociência.
- Mitchell, B. & Gardner, A. (2014). Addressing the need for an infection prevention and control framework that incorporates the role of surveillance: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 533–542. DOI: 10.1111/jan.12193.
- Mocerí, J. T. & Drevdahl, D. J. (2014). Nurses’ knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(1), 6–12.
- Morton, P., Fontaine, D. & Hudak, C. (2007). *Cuidados Críticos de enfermagem: uma abordagem holística* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Moser, D. K. & Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*. 58 (5), 395-401.
- Neto, I. G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa e I. G. Neto, (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (p.17–52). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Centro de Bioética.
- Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. Lisboa: Lusociência.
- Nikolaou, N. I., Arntz, H., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L. L. & Cariou, A. (2015). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*, Section 8. Initial management of acute coronary syndromes, 95, 264–277.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. [Em linha]. *Divulgar*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico dos Enfermeiros: Anotações e Comentários*. Lisboa.
- Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos*. Disponível em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>.
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal – Perspetiva Ética*. (2ª ed.). Camarate: Lusociência.
- Payen J., Bru O., Bosson J., Lagrasta A., Novel E., Deschaux I., Lavagne P., Jacquot C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine's*. 29(12): 2258-63.

- Pereira, F. (2000). *Significação das vivências do doente confrontado com o seu enfarte agudo do miocárdio*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pina, E., Paiva, J. A., Nogueira, P. & Silva, M. G. (2013). Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses. *Inquérito 2012*.
- Ponte, K. M. A. & Silva, L. F. (2014). Implementation of the Care-Research Method Based on the Comfort Theory: Experience Report. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(2), 388–393. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i2.16439>
- Potra, T. (2015). *Gestão de Cuidados de Enfermagem: Das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I.G. (2016). Comunicação. In Barbosa, A. et al. *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed.). Lisboa. ISBN 978-972-9349-37-9. p. 815- 829.
- Quinn, T., Webster, R. & Hachett, R. (2006). Doença Coronária: angina e enfarte agudo do miocárdio. In: Hachett, R. & Thompson, D. *Enfermagem Cardíaca*. Loures: Lusociência.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* nº 26, 2ª série - 6 de fevereiro de 2019. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República* nº 135, 2ª série - 16 de julho de 2018. Lisboa, Portugal.
- Rijkenberg, S., Stilma, W., Endeman, Bosman, R. J. & Oudemans_van Straaten, H.M. (2015). Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical_Care Pain Observation Tool. *Journal of*

Critical Care, 30(1), 167–172. <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.09.007>

Rocha, E. & Nogueira, P. (2015), As doenças cardiovasculares em Portugal e na região Mediterrânica: Uma perspetiva epidemiológica. *Revista Factores de Risco*. 36, 35-44.

Rolley, J., Davidson, P., Salamonson, Y., Fernandez, R. & Dennison, D. (2009). Review of nursing care for patients undergoing percutaneous coronary intervention: a patient journey approach. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2394-2405.

Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Salles, J., Andrea, J., Cortes, L., Carestiato, L., Santos, L. & Figueira, H. (2009). Análise comparativa de segurança e eficácia entre as vias de acesso radial e femoral na realização de intervenção coronária percutânea no infarto agudo do miocárdio. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, 17(4), 498-504.

Schweikert, B., Hunger M., Meisinger C., König H., Gapp O. & Holle R. (2009). Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *European Heart Journal*, 30(4), 436-443.

Schuster, P. & Nykolyn, L. (2010). *Communication for nurses: how to prevent harmful events and promote patient safety*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Silva, A. P. (2007). “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55(1-2) 11-20. ISSN 0871-2370.

Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto. Porto.

Soares-Costa, J. (2005). Nova definição clínica do enfarte do miocárdio. *Medicina Interna*, 12(1), 37-41. Disponível em http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n1_2005_3741.pdf.

- Staveski, S. (2010). *Comfort Management in the Adult with Congenital Heart Disease*. Disponível em http://www.pcics.org/wp_content/uploads/2014/07/Comfort_Management.pdf.
- Sutari, M. M., Abdalrahim, M. S., Hamdan-Mansour, A. M. & Ayasrah, S. M. (2014). Pain among mechanically ventilated patients in critical care units. *Journal of Research in Medical Sciences*, 19(8), 726–732.
- Thygesen, K., Alpert, J., Jaffe, A., Simoons, M., Chaitman, B. & White, H. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal*, 33, 2551–2567.
- Toth, J. C. (1980). Effect of structured preparation for transfer on patient anxiety on leaving coronary care unit. *Nursing Research*, 29(1), 28-34.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.), Lisboa: Climepsi Editores. IBSN: 972-796-093-6. p. 18; 24; 63.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. (5ª ed). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-08- 6.
- Valencia, C. R. C., Giraldo, M. J. O. & Mancera, G. P. R. (2015). “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en unidades de cuidado crítico. *Hacia La Promoción de La Salud*, 20(1), 13–34. <http://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.2>.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem – Ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. (J. Enes, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Nursing – Human Science and Human Care. A Theory of Nursing, 1999).
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernandez, R., Burns, R., Rayner, M. & Townsend, N. (2017). European Cardiovascular Disease Statistics 2017. *European Heart Network*. Disponível em: <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>.
- Wilson, L. & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164–173.

<http://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>

World Health Organization (2018). Website. Acedido em:
[https://www.who.int/cardiovascular diseases/en/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/).

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da RIL

O conforto da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: revisão integrativa da literatura

Protocolo

Antunes, Eva 1, 2 ; Moita, Maria Augusta Grou 1

1 Escola Superior de Enfermagem de Lisboa ; 2 Unidade de Especialidades Médico-cirúrgicas, SAMS

RESUMO

Contextualização: A pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio, experiencia diversas formas de desconforto: dor, ansiedade, privação de sono, ruído, incerteza face à rápida evolução da sua situação clínica. O conforto e os cuidados de enfermagem estão interligados. Os três estados de conforto definidos por Kolcaba desenvolvem-se em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Na sua prática, o enfermeiro deve considerar a pessoa enquanto ser complexo e contemplar, no planeamento de cuidados, denominadas medidas de conforto enquanto facilitadoras na satisfação das necessidades humanas básicas.

Objetivo: Conhecer as intervenções de Enfermagem que promovem o Conforto da Pessoa em Situação Crítica com Enfarte Agudo do Miocárdio.

Metodologia: revisão integrativa da literatura, com pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, e pesquisa manual, que será centrada em artigos de fonte primária e revisões de literatura. Irão ser incluídos estudos relativos a doentes críticos adultos.

Palavras-Chave: Conforto, Enfarte Agudo do Miocárdio, Pessoa em Situação Crítica, Intervenções de Enfermagem

ENQUADRAMENTO

As doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser a principal causa de morte em Portugal e na Europa, e são também uma das mais importantes causas de

morbilidade, de incapacidade e invalidez e de potenciais anos de vida precocemente perdidos (Direção Geral de Saúde, 2017).

As DCV agrupam a Doença Isquémica Cardíaca (DIC) e as doenças cerebrovasculares. De entre as DIC, destaca-se a SCA, assumindo particular relevância neste contexto o EAM que, pela sua rápida evolução, constitui o diagnóstico maioritariamente responsável pelas taxas de mortalidade. Dados do ano de 2015 indicam uma taxa de mortalidade nacional associada ao EAM de 20,8%, com registo de 12 926 episódios de internamento e destes 1 011 óbitos (Direção Geral de Saúde, 2017).

Admitindo a fisiopatologia do EAM, a pessoa com EAM é considerada em situação crítica, por apresentar a sua vida ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2010). Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011) definem o doente crítico como aquele que está em situação aguda por doença ou lesão, tornando-se incapaz de manter o seu equilíbrio fisiológico de forma independente, revelando um risco elevado de desenvolver instabilidade de diferentes focos orgânicos.

Neste sentido, a pessoa com EAM, enquanto PSC, requer do enfermeiro uma postura com atitude de apoio e disponibilidade não circunscrito ao diagnóstico clínico e seu tratamento, mas centrado na complexidade, individualidade e interação que o todo “pessoa” representa aliado à multidimensionalidade do seu quadro clínico.

Perante uma PSC que apresente dor torácica sugestiva de EAM o enfermeiro deve incluir no planeamento das suas intervenções a satisfação de necessidades de oxigenação e ventilação, circulação e perfusão, conforto e controlo da dor (Morton, Fontaine & Hudak, 2007), e repouso físico e psicológico (Pereira, 2000), nem sempre proporcionado em ambientes com tecnologia diversificada que impedem o silêncio contínuo, como é o caso de uma UCI.

Independentemente dos processos fisiopatológicos subjacentes e da gravidade da situação clínica, a PSC com diagnóstico de EAM experiencia uma situação de transição que reproduz um impacto elevado no sistema individual e familiar, que podem ser potenciadoras de desconforto (Meleis, 2010).

A fase aguda do EAM é coincidente com uma maior delicadeza face à situação clínica, suscetível de originar alterações emocionais profundas e influenciar a adaptação à doença. As principais alterações manifestam-se nas dimensões de dor/desconforto, atividades habituais, e particularmente comuns estados de depressão e ansiedade (Schweikert et al., 2009).

De entre a equipa multidisciplinar, o enfermeiro tem um lugar privilegiado, pela relação de proximidade em que desenvolve as suas intervenções de cuidados, permitindo-lhe através da visão holística do cuidar em enfermagem desenvolver a sua prática centrada nas necessidades de conforto da pessoa.

O conforto é um constructo da intencionalidade do Cuidar. É expectável que quem cuida conforte.

Inerente à profissão de Enfermagem desde a sua origem, o conceito de conforto é transversal a várias teorias de Enfermagem (Apóstolo, 2009).

Katharine Kolcaba desenvolveu uma teoria de médio alcance, Teoria do Conforto, na qual o conforto se assume como o estado em que o doente se encontra, após as intervenções de Enfermagem para aliviar a causa de desconforto (Apóstolo, 2009).

De acordo com a teoria de Kolcaba o conforto manifesta-se sob três formas: alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado de satisfação de uma necessidade imediata, necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. A tranquilidade refere-se ao estado de serenidade ou satisfação, necessário a um desempenho eficiente. A transcendência é o estado no qual a pessoa se sente com competências ou potencial para delinear, controlar e resolver os seus problemas (Kolcaba, 2003).

Estes três estados de conforto podem desenvolver-se em quatro contextos: o contexto físico que pertence às sensações corporais; o contexto psicoespiritual que respeita à consciencialização de si próprio, incluindo a estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida, podendo envolver ainda um relacionamento entre o indivíduo e uma entidade ou ordem superior; o contexto sociocultural que representa as relações interpessoais, familiares e sociais e por último, o contexto ambiental que envolve a relação com o meio externo e influências (Kolcaba, 2003).

A aplicabilidade da Teoria do Conforto de Kolcaba à pessoa com SCA foi estudada por Krinsky, Murillo & Johnson (2014), concluindo-se a diminuição de estados de

ansiedade, melhoria do descanso e padrão de sono associado à realização um período de silêncio. Em sequência, Krinsky et al. (2014) sugerem ainda relação entre estes fatores e a diminuição da pressão arterial, diminuição da sobrecarga cardíaca e diminuição da dor torácica associada à SCA.

A maioria das pessoas internadas em UCI, nas quais se incluem a PSC com EAM, experienciam várias formas de desconforto, quer seja por dor, ruído contínuo, iluminação artificial contínua, incapacidade em comunicar, privação do sono, limitação à presença dos familiares ou a estimulação excessiva, impondo ao enfermeiro a responsabilidade e consciencialização da importância de uma gestão eficaz e adequada do conforto com perspetiva à humanização dos cuidados (Staveski, 2010; Rijkenberg, Stilma, Endeman, Bosman, & Oudemans-van Straaten, 2015).

Da complexidade que representa o cuidar humano, colocando a pessoa no centro da sua intervenção, o conforto assume-se assim enquanto parte integrante dos cuidados de Enfermagem.

QUESTÃO DA REVISÃO

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem que promovem o Conforto da Pessoa em Situação Crítica com Enfarte Agudo do Miocárdio?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participantes

- Devem ser considerados todas as pessoas adultas (com idade igual ou superior a 18 anos) com diagnóstico de EAM.

Intervenções

- Devem ser consideradas todas as intervenções de enfermagem que promovem o conforto

Comparação – não aplicável

Outcomes

- Devem ser consideradas todas as intervenções de enfermagem que sejam promotoras do conforto nas diversas áreas de cuidados.

Tipo de estudos

- Serão considerados todos os estudos de pesquisa primária, nomeadamente os quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas, assim como diretrizes mundiais, europeias ou nacionais.
- Serão considerados estudos em Português, Inglês e Espanhol, sem limites temporais. Igualmente incluídos serão os estudos obtidos através da pesquisa em bola de neve e artigos provenientes da literatura cinzenta.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Participantes

- Crianças (idade <18 anos).

Intervenções

- Artigos que não identifiquem intervenções que promovem o conforto das pessoas.

Tipo de estudos

- Estudos noutros idiomas que não Português, Inglês ou Espanhol.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Por forma a conceptualizar a problemática em estudo, foi inicialmente efetuada uma pesquisa aleatória para, face ao objetivo e questão formulada, identificar e selecionar os descritores, em linguagem natural.

Descritores selecionados: *Critically ill patient, Critical Illness, Critical patient, Critical Care, Myocardial infarction, Myocardial ischemia, Nursing care, Nursing intervention, Comfort, Well-being.*

A pesquisa será realizada nas bases de dados CINAHL Plus® e MEDLINE usando linguagem natural e os termos indexados CINAHL Headings e MEDLINE MeSH.

Os termos de indexação serão inseridos como Major Headings (MH) ou Major Concept (MM).

Posteriormente à sua seleção, os termos serão combinados entre si recorrendo aos operadores booleanos “OR” e “AND”.

Concomitantemente, será realizada uma pesquisa manual no Google® com uso dos mesmos descritores. Desta forma, serão incluídos estudos não indexados/não publicados em bibliotecas e literatura cinzenta que demonstrem relação entre as intervenções de enfermagem e a satisfação do conforto da pessoa com EAM.

SELEÇÃO DOS ESTUDOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

O processo de seleção dos estudos, será realizada sequencialmente, com base na avaliação do título, do *abstract*, e se necessário pela leitura do texto integral.

A seleção será efetuada com base nos critérios de inclusão pré-estabelecidos no protocolo da revisão.

Os artigos selecionados serão submetidos a uma avaliação pelo primeiro autor, previamente à sua inclusão na RIL. Sempre que identificadas dúvidas nesse processo, as mesmas serão discutidas e revistas pelos dois autores, primeiro independentemente e, posteriormente, por consenso, utilizando os instrumentos específicos de apreciação crítica uniformizados pelo Joanna Briggs Institute. Serão excluídos todos os estudos que não cumpram os critérios definidos.

Será utilizado um diagrama adaptado PRISMA *Flow Diagram* (Figura 1) para ilustrar os resultados do processo de pesquisa e seleção dos artigos incluídos.

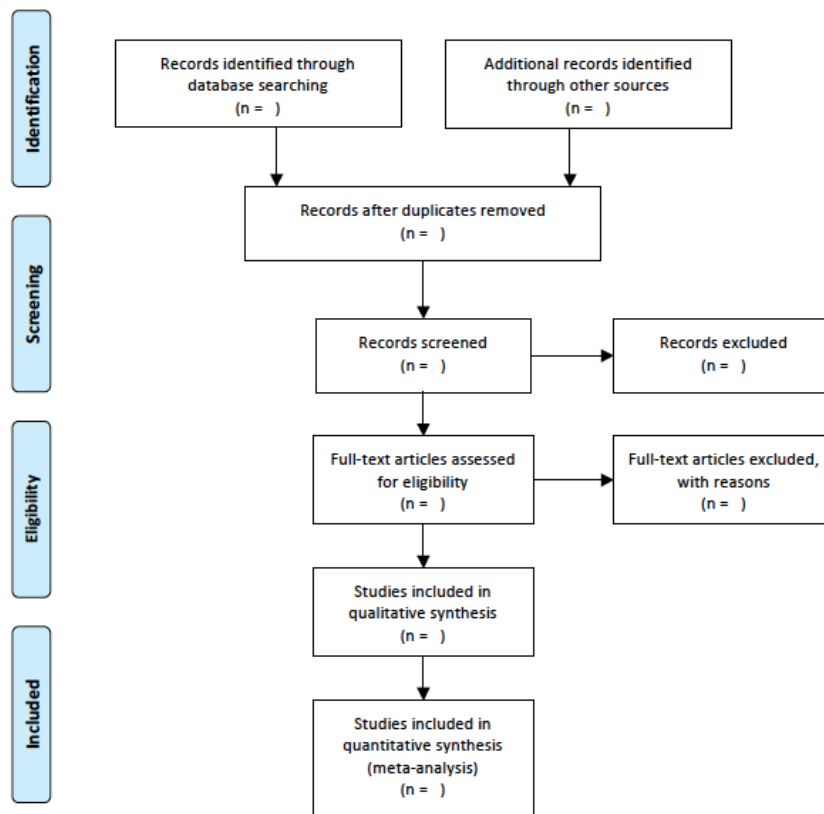


Figura 1 – PRISMA Flow Diagram.

Fonte: <http://prismastatement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>

EXTRAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Nesta fase, irá proceder-se à leitura integral do total de artigos selecionados.

A extração de dados dos artigos incluídos será efetuada com recurso aos instrumentos de extração de dados preconizados pelo Joanna Briggs Institute (2019): tabela de análise para estruturar e mapear a informação de forma simples e intuitiva. A informação a incluir na tabela será organizada nas categorias: Autor(es) e Ano de Publicação; Título do Artigo; Metodologia / Métodos; e Principais conclusões que se relacionam com a questão da revisão.

O primeiro autor deverá proceder à extração de dados.

Por forma a garantir a precisão, eventuais dúvidas serão validadas por consenso com o segundo autor. Os dados extraídos irão incluir detalhes específicos relacionados com o fenómeno de interesse, dos participantes, das intervenções, dos métodos e/ou dos *outcomes* significativos para a questão de revisão.

Após a apresentação dos resultados, sucede a discussão dos mesmos, assim como a identificação de limitações de fontes, implicações para a investigação e para a prática.

Concomitantemente, uma descrição narrativa sumária será efetuada, com o propósito de evidenciar de que forma os estudos correspondem ao objetivo e questão estabelecidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II(9), 61-67.

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2ª ed). New York: Springer Publishing.

Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para as doenças cerebro-cardiovasculares*. Lisboa.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Krinsky, R., Murillo, I., & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 27(2), 147–150. <http://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.02.004>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Moher D, Liberati A., Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. Doi:10.1371/journal.pmed1000097

Morton, P., Fontaine, D. & Hudak, C. (2007). *Cuidados Críticos de enfermagem: uma abordagem holística* (8 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Newman, S., (2004). Engaging patients in managing their cardiovascular health. *Heart*. 9, 3, p. 9-13.

Rijkenberg, S., Stilma, W., Endeman, Bosman, R. J., & Oudemans_van Straaten, H.M.

(2015). Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical_Care Pain Observation Tool. *Journal of Critical Care*, 30(1), 167–172. <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.09.007>

Schweikert, Bernd et al. (2009). Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *European Heart Journal*, 30, 4, p.436-443.

Staveski, S. (2010). Comfort Management in the Adult with Congenital Heart Disease. Acedido a 20/01/2017. Disponível em: http://www.pcics.org/wp_content/uploads/2014/07/Comfort_Management.pdf

The Joanna Briggs Institute (2019). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Acedido em 27/06/2019, em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org>

Apêndice II – Cronograma do 3º semestre do CMEPSC

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO – 3º SEMESTRE

3º Semestre																							
Anos	2019														2020								
Meses	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro			
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	2	6	13	20	27	3	10	17	24
	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28
Estágio SU															Férias de Natal								
Estágio UCI																							
Sala de Hemodinâmica																							
Reuniões de OT																							
Pesquisa bibliográfica																							
Elaboração do Relatório de Estágio																							
Entrega e Apresentação do Relatório																							

ANEXOS

Anexo I– Certificado do Suporte Avançado de Vida em Trauma



Continuing Education Certificate

Society of Trauma Nurses

Eva Luísa Cabral Antunes

ATCN124235

has successfully completed the requirements for

Advanced Trauma Care for Nurses®

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2018-454

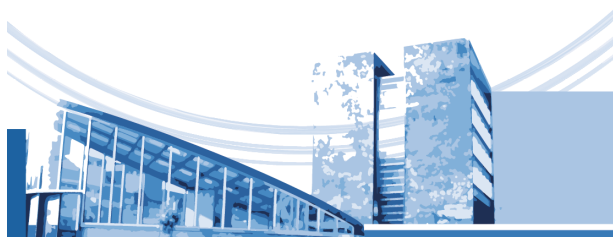
12/14/2018 - 12/16/2018

The Society of Trauma Nurses is accredited as a provider of continuing nursing education by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation. The ATCN Student Course has been awarded 18.5 contact hours.

Anexo II – Certificado das V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva



V JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA



RESSUSCITAÇÃO

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

CERTIFICADO

Certificamos que,

esteve presente nas **V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 04 e 05 de novembro de 2019, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 05 de novembro de 2019

Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas

Anexo III – Curso de Eletrocardiografia Complementar



Certifica-se que **Eva Luisa Cabral Antunes**, nascida em 18/11/1988, com o Número de Identificação Civil 13427095, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// ELETROCARDIOGRAFIA COMPLEMENTAR

que decorreu no dia a 08/12/2019, com a duração de 8 horas.

Porto Salvo, 8 de Dezembro de 2019

O responsável pela Ocean Medical,

Marco Castro



Certificado nº 08122019-05/2019