



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização

### **Pessoa em Situação Crítica**

**A intervenção especializada do enfermeiro na gestão do ambiente de cuidados da pessoa em situação crítica: A ajuda ao cliente que enfrenta enfarte agudo de miocárdio**

**Beatriz Canosa Rey**

**2014**

**Não contempla as correções resultantes da discussão pública**



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Pessoa em Situação Crítica**

**A intervenção especializada do enfermeiro na gestão do ambiente de cuidados da pessoa em situação crítica: A ajuda ao cliente que enfrenta enfarte agudo de miocárdio**

**Beatriz Canosa Rey**

**Orientador: Professora Doutora Célia Simão de Oliveira**

**LISBOA**

**2014**

“A verdadeira viagem de descobrimento  
não consiste em procurar novas paisagens,  
mas em ter novos olhos”

Marcel Proust

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Célia Simão de Oliveira, pelas orientações e disponibilidade ao longo deste percurso de aprendizagem.

Aos Enfermeiros orientadores e equipas de profissionais dos locais de estágio, pela forma como me receberam e partilharam experiências que ajudaram no processo de construção.

Aos meus colegas, pelo apoio nos bons e maus momentos.

À família, pela compreensão, apoio e paciência.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC - Acidente vascular cerebral

CCI - Comissões de controlo da infeção

EAM - Enfarte Agudo de Miocárdio

ECG - Eletrocardiograma

FA - Fibrilhação auricular

FV - Fibrilhação ventricular

IACS - Infeções associadas aos cuidados de saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNCI - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção

PSC - Pessoa em situação crítica

PTCA - Angioplastia coronária transluminal percutânea

SO - Serviço de observação

Sr. - Senhor

SU - Serviço de urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## RESUMO

Em Portugal, as doenças cardiovasculares permanecem no topo da lista de causas de morte. Provocam sofrimento às pessoas com prejuízos para a qualidade de vida, conforto e segurança e, deste modo, os cuidados às pessoas com cardiopatia coronária desempenham um grande peso socioeconómico nas despesas sanitárias e com perspectivas de crescimento, pelo que se trata também dum grande desafio de gestão sociopolítica.

A pessoa com EAM, especialmente vulnerável e suscetível na fase aguda, necessita de cuidados de saúde altamente diferenciados, prestados em SU e/ou UCI. Estes serviços, caracterizam-se por apresentar um ambiente de cuidados muito tecnológico que visa, frequentemente, o restabelecimento ou estabilização da situação de saúde das pessoas, cuja vida está em risco. Porém como a literatura corrobora, o ambiente intensamente tecnológico daqueles serviços, embora crucial, pode contribuir para afetar negativamente e de diversos modos, o beneficiário de cuidados.

O enfermeiro, através de intervenções especializadas, deve encontrar o equilíbrio, harmonizando entre os cuidados de manutenção e de reparação (Collière, 1999), mesmo nos momentos em que estes últimos adquirem uma condição altamente diferenciada, como acontece frequentemente tanto em contexto de SU como de UCI.

O uso das tecnologias nas intervenções de enfermagem deve estar integrado no processo de cuidar, ideia que ganha força quando nos referimos à PSC, envolvida, habitualmente, por um ambiente de cuidados muito específico.

Apresenta-se a descrição e reflexão sobre as atividades e aprendizagens realizadas num estágio, desenhado e realizado com a finalidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista em PSC, por referência aos indicadores de competência de âmbito comum, quer especializado, no cuidado àquele cliente e ainda aos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação. O percurso de aprendizagem desenvolveu-se em torno do cuidado de enfermagem especializado à PSC e em particular, à pessoa com EAM em fase aguda, com particular enfoque nos cuidados

que visavam tornar mais confortável a adaptação por via da gestão do ambiente de cuidados. Procurou-se avaliar as necessidades individuais para a promoção do conforto, considerando imprescindível o estabelecimento de ligações, através da comunicação, presença, empatia, escuta e confiança, favorecendo o desenvolvimento da pessoa, potenciando as suas capacidades para enfrentar oportunamente os fatores ambientais que colocam em risco a sua segurança e conforto.

O estágio possibilitou o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, comuns e específicas na área da enfermagem PSC, bem como ainda as preconizadas nos supracitados descritores de Dublin.

**Palavras-chave:** Ambiente de cuidados; competências do enfermeiro especialista; EAM; intervenção de enfermagem; PSC.

## **ABSTRACT**

Cardiovascular disease continues to be a leading cause of death in Portugal. This group of conditions has an impact in health, quality of life, comfort and safety. Providing care for people with cardiovascular disease entail high financial and social costs which are currently on the increase. Therefore, providing care for this type of service users constitutes a significant challenge in terms of social and political management.

Patients suffering from Acute Myocardial Infarction (AMI) are significantly vulnerable during the acute phase and they require highly specialised care provided in an Emergency Department (ED) or in a critical care unit (CCU). These types of departments are highly technological environments and they frequently aim to stabilise patients' conditions or to re-establish health. However, as described in the relevant literature, a highly technological environment, despite being essential to provide care for critical patients, can negatively affect them in different ways.

In this context, nurses use specialist interventions and they must find a balance between those interventions aimed to maintain life and those aimed to restore health even in times when the latter are highly specialised as it is frequently the case in ED and CCU settings. In this environment, the use of technology in nursing interventions must be integrated in the care process. This idea is particularly relevant when we refer to a critical patient (CP) as they are normally looked after in a highly specialised care context.

This work is the description and reflection on the activities carried out and the learning experienced in a placement designed to develop critical care specialist nurse skills. Both general skills indicators and Dublin descriptors for the second cycle were used as a reference. The learning experience included general nursing care with a focus on critical care of patients with acute stage AMI. We focused on those care activities aimed to make adaptation to the setting more comfortable by managing the care environment. The aim was to assess individual needs in order to promote comfort by establishing relationships. This was achieved using communication, presence, empathy, listening and confidence in order to enhance

patients' abilities to effectively face those environmental factors that pose a threat to patient safety and comfort.

The placement enabled the development of general and specific critical care skills together with those stated in Dublin descriptors for the second cycle.

**Key words:** Acute Myocardial Infarction; care environment; critically ill patient; nursing interventions; specialist nurse skills.

**ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I: O PROJETO DE ESTÁGIO</b>	
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
1.1. Ambiente de cuidados.....	14
1.2. Cuidar a pessoa em situação crítica.....	16
<b>2. RELEVÂNCIA DO PROBLEMA EM ESTUDO.....</b>	<b>21</b>
<b>3. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO ESTÁGIO.....</b>	<b>27</b>
3.1. Objetivos.....	29
3.2. Atividades.....	30
<b>CAPÍTULO II: PERCURSO DE APRENDIZAGEM EM ESTÁGIO</b>	
<b>4. PERCURSO DE APRENDIZAGEM EM ESTÁGIO: ATIVIDADES E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS...</b>	<b>31</b>
4.1. Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC, em particular à pessoa com EAM, face às necessidades de cuidados e ao longo da fase aguda.....	32
4.2. Intervir na gestão do ambiente de cuidados no âmbito do cuidado especializado à PSC, em particular à pessoa com EAM em fase aguda	47
<b>5. SÍNTESE DE APRENDIZAGENS E DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>65</b>

## INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio representa a última fase do percurso académico de formação que começou com a elaboração do projeto de estágio, o qual foi implementado ao longo do 3º semestre do curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. Visou o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e também, competências específicas do enfermeiro especialista em PSC, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, articuladas com as previstas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Formação. O presente documento procura apresentar e analisar as atividades e aprendizagens realizadas ao longo deste percurso de formação.

Foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto, para suportar o desenho e a aprendizagem na etapa final do curso – o estágio com relatório –, do qual este documento é a última etapa. Deste modo, foi identificado um problema a responder, definidos objetivos e propostas atividades a desenvolver face a tais objetivos, ao longo do referido estágio do 3º semestre do curso, e identificados os recursos humanos e materiais necessários à sua concretização. O pensamento de Marie-Françoise Collière suportou conceptualmente este projeto e percurso de formação.

Nos últimos dez anos de experiência profissional, a minha prestação de cuidados foi dirigida à pessoa/família em situação crítica, o que me despertou um especial interesse acerca dos efeitos aparentemente adversos relacionados com o ambiente de cuidados ao qual, estas pessoas, especialmente vulneráveis, estão submetidas. Devido à elevada prevalência de pessoas com doença cardiovascular, particularmente em situação de EAM, pretendi, através do desenvolvimento deste trabalho de projeto, perceber de que modo o ambiente de cuidados, que a literatura aponta como potencialmente hostil, pode afetá-las neste momento de maior suscetibilidade e, de que forma, as intervenções especializadas do enfermeiro podem atuar sobre esse ambiente de cuidados no qual estão envolvidos, respondendo ao problema: Qual a intervenção especializada de enfermagem na gestão do ambiente de cuidados da PSC, em particular da pessoa que enfrenta enfarte agudo de miocárdio?

Este relatório está organizado em dois grandes capítulos, sendo os primeiros três subcapítulos dedicados a apresentar o enquadramento teórico, a relevância do problema em estudo e as opções realizadas em sede de planeamento do estágio a partir da identificação do problema e formulação de objetivos, e os três seguintes a descrever e analisar as atividades e aprendizagens que ocorreram durante o mesmo.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo pretende apresentar conceitos que clarificam o problema selecionado, mediante fundamentação teórica decorrente da pesquisa bibliográfica.

As UCI e também os SU, caracterizam-se por apresentar um ambiente de cuidados muito tecnológico que visa, frequentemente, o restabelecimento ou estabilização da situação de saúde das pessoas, cuja vida está em risco.

Entre os recursos humanos das UCI, encontram-se os enfermeiros, os quais desempenham um papel de extrema importância, devido à sua colocação e disposição, permanentemente, junto da pessoa em situação crítica, permitindo uma rápida identificação dos problemas e uma oportuna intervenção. Deste modo, “os enfermeiros de cuidados intensivos ocupam uma posição de vigilância no tratamento, evolução, seguimento e prevenção (sobre tudo secundária) das pessoas com patologia cardiovascular” (Molina, Ronda, Sola, Pérez, Barón e Egea, 2002, p.36, tradução livre). Por outro lado, o privilégio da vigilância constante, para além de envolver alta tecnologia, envolve uma presença permanente de pessoas e movimento, de manipulações sucessivas e deste modo, pode trazer ao ambiente uma tonalidade perturbadora. Assim, por tudo isto, a preocupação do enfermeiro com a gestão do ambiente de cuidados é relevante neste contexto, porque existe potencial para agressão por diversos mecanismos, justificando a pertinência do problema em estudo. Nesta linha de pensamento e, em relação ao ambiente de cuidados, o enfermeiro pode atuar na gestão das várias dimensões do mesmo (física, relacional, social, cultural e organizacional), como será abordado posteriormente, visando minimizar os efeitos deletérios que parecem estar associados à permanência neste ambiente de cuidados.

## 1.1. Ambiente de cuidados

As UCI, foram definidas pela Direção Geral de Saúde (2003, p 6-7), como “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (...), metodologias de monitorização, procedimentos e tratamentos são cada vez mais sofisticados e desenvolvidos”.

Para além disso, caracterizam-se por uma tipologia de cuidados de saúde reconhecidos pela “intensividade” da presença dos profissionais, da monitorização de carácter invasivo, e da ameaça à vida e ao bem-estar, percecionada pelo cliente e família.

Na definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.7) descreveu o conceito de ambiente como aquele “em que as pessoas vivem e se desenvolvem (...) constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde”.

Quando se pesquisa o conceito de ambiente, numa perspetiva teórica de enfermagem, evidenciam-se vários autores que o definem de modo mais ou menos explícito. O ambiente foi abordado por Florence Nightingale como central no processo de restauração da saúde, adequando as melhores condições para o doente com uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento e silêncio (Nightingale, 1859/2005).

Para Collière, o ambiente representa um conceito muito abrangente, referindo-se ao meio sociocultural, socioeconómico e socioinstitucional das pessoas e dos grupos, inclui hábitos de vida, crenças e valores, integrando um conjunto de pessoas e objetos em inter-relação; “o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se, na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, (...) à sua limitação ou à sua doença, (...) aos que a cercam e ao seu meio” (Collière, 1999, p.287), deste modo, como será posteriormente abordado, a prestação de cuidados não se relaciona exclusivamente com a gravidade da doença

e as consequências funcionais daí derivadas, pois vão depender, em grande medida, de outros fatores como idade, possibilidades, capacidades e recursos, dela própria e dos que a rodeiam, fazendo parte do seu ambiente.

Partindo do conceito de ambiente, como contexto de vida da pessoa (Collière, 1999), procurarei explicitar o que entendo por ambiente de cuidados. A PSC, tanto em UCI como no SU, encontra-se confinada a um microambiente particular, dentro de uma organização hospitalar. Aqui, está sujeita, muitas vezes, a respeitar as normas da organização, nos parâmetros tempo, espaço, contactos sociais, entre outros, existindo uma limitação de forma não planeada, nas dimensões física, relacional, sociocultural, organizacional, com restrição do seu contexto de vida nesse ambiente específico. Isto é, a pessoa, na sua vivência da doença e limitações daí decorrentes, encontra-se e enfrenta um meio estranho, em que os que a cercam não são as pessoas do seu contexto de vida, frequentemente, mas outros que desconhece e, eventualmente, a perturbam ao prestar cuidados. Este constitui, afinal, o ambiente de cuidados, que, segundo a literatura, como será referenciado posteriormente, pode constituir-se como uma agressão à PSC.

De entre as várias dimensões que constituem o ambiente de cuidados, anteriormente citados, perspetivei ser exequível desenvolver aprendizagens no âmbito da física, da relacional e da organizacional. A equipa de profissionais pode intervir no ambiente de cuidados que envolve a PSC, pelo ajuste do ruído ambiente (volume de alarmes, das vozes) e das condições da sua produção (fechando portas), adaptando ou reduzindo-o, quando as causas não podem ser eliminadas, porque “um espaço familiar para um, pode ser ameaçador para os outros” (Collière, 1999, p.309); pode-se incentivar e permitir, quando exequível a nível organizacional, a presença da família junto da pessoa, consentindo também, dentro do possível, conservar objetos de valor sentimental para a pessoa, visando minimizar o impacto do ambiente de cuidados.

A linha de pensamento de Collière convida o enfermeiro a uma abordagem holística da pessoa em relação ao seu ambiente, o que vai ser traduzida, em cuidados holísticos. Assim também, segundo a Ordem dos Enfermeiros, “os enfermeiros

necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente” (2001, p.7), reforçando a importância da gestão do ambiente na prestação de cuidados.

## **1.2. Cuidar a pessoa em situação crítica**

Segundo Collière (1999, p.287), “o campo de competência da enfermagem situa-se como um prolongamento, uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios ou lhes é assegurado pelos que os cercam”. Em muitas situações, parece difícil estabelecer até onde chega essa substituição ou prolongamento, pois, como já foi mencionado anteriormente, a prestação de cuidados não se relaciona exclusivamente com a gravidade da doença e as consequências funcionais daí derivadas, dependendo também de outros fatores como a idade, possibilidades, capacidades e recursos dela própria e dos que a rodeiam fazendo parte do seu ambiente. Também, segundo a mesma autora e, como já foi referido anteriormente, “o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se, na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, (...) à sua limitação ou à sua doença, (...) aos que a cercam e ao seu meio” (Collière, 1999, p.287). E é, atendendo aos fatores antes referidos, que os cuidados de enfermagem são prestados às pessoas que “possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (OE, 2001, p.8). Dada a natureza particular de cada pessoa cuidada, Collière (1999, p.293), definiu o processo de cuidados de enfermagem como “uma construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados, a partir dos elementos da situação”. Deste modo, “visa transformar diferentes elementos, com a ajuda de instrumentos, para atingir um fim” (Collière, 1999, p.243), a partir da “constante mobilização de elementos que entram em interação com vista a definir as necessidades vitais de uma pessoa, família ou grupo, que é preciso suprir, a fim de desencadear a ação que as pode satisfazer ou compensar” (Collière, 1999, p.244). É com este fim, de satisfação das necessidades, que devemos alargar os nossos

conhecimentos em relação ao cliente, a partir dos elementos da situação, numa visão holística da pessoa inserida no ambiente de cuidados. Com a análise profunda da situação, temos de compreender a dependência de energia da pessoa nas várias formas (física, psíquica e afetiva), numa dimensão espaço temporal, reconhecendo o cliente como detentor dum limiar e duma informação, num processo dinâmico e de contínua inter-relação, para favorecer a compensação das necessidades da pessoa (Collière,1999).

Os cuidados de enfermagem, segundo Collière (1999, p.253), “não podem adquirir sentido, e não podem evoluir, se não forem às fontes de todo o questionar sobre as forças contraditórias e indissociáveis da vida e da morte”, mas também, as informações recebidas nos mais variados domínios deverão ser articuladas com os conhecimentos que as permitem compreender e mobilizar, para mergulhar numa abordagem traduzida em cuidados holísticos.

Obter informações da pessoa inserida no seu ambiente, antes da chegada ao ambiente de cuidados, nos seus meios de vida, com as dimensões física, social/relacional, económica, educacional, cultural, vai-nos permitir atuar no impacto que, o ambiente de cuidados provoca, em meio hospitalar. Também, devemos “reconhecer sinais indicadores de desenvolvimento da vida ou do que a entrava, procurar a sua significação à luz das características fundamentais do processo de vida-morte, a fim de compreender os diferentes fatores que podem interferir”, o que nos vai permitir identificar as atividades próprias a desenvolver, expectativas ou mesmo as suas dificuldades (Collière, 1999, p.258).

Permanecendo com o pensamento de Collière (1999, p. 289), “a ação dos cuidados de enfermagem baseia-se na mobilização das forças vivas da pessoa e dos que a cercam, para compensar as capacidades alteradas pela doença, tendo, ao mesmo tempo em conta, as limitações que ela impõe”. Assim, o enfermeiro, através das intervenções especializadas, deve mobilizar os seus conhecimentos e competências atuando a nível das forças vivas da pessoa, potenciando-as, tendo em consideração as limitações que lhe provoca a doença. Neste sentido, e considerando que o processo de cuidados atende e trabalha a partir dos elementos da situação e ainda,

que o ambiente de cuidados é um desses elementos, o enfermeiro deve gerir esse ambiente no sentido de o tornar menos estranho ou mesmo menos agressivo para a pessoa.

Os cuidados, de acordo com Collière (1999), podem ser de manutenção de vida ou de reparação. Os cuidados de manutenção “representam todo esse conjunto de atividades que asseguram a continuidade da vida (...), bem como tudo o que contribui para o desenvolvimento da vida do nosso ser, construindo, mantendo a imagem do corpo, estimulando as trocas com tudo o que é fundamental à vida, porque fonte de energia vital: a luz, o calor, a relação com as pessoas conhecidas, os objetos familiares...” (Collière, 1999, p.238). Os cuidados de reparação dizem respeito ao tratamento da doença, “têm como fim limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas” (Collière, 1999, p.238). Mas os cuidados de reparação “não podem fazer sentido se não houver manutenção de tudo o que contribui para a continuidade e desenvolvimento da vida, mesmo se temporariamente, em certas circunstâncias, possam ser o *primeiro gesto que salva, quer dizer, os indispensáveis*” (Collière, 1999, p.238).

Nesta linha, a autora faz um paralelismo entre o cuidado com as plantas e os animais versus o cuidado com as pessoas, referindo que cuidamos as nossas plantas e animais proporcionando-lhes água, luz, ou lavamos e escovamos, não entanto, em situação de doença, cuidamos deles mas mantemos, se cabe, maior atenção ainda, nos cuidados de manutenção de vida. Deste modo, segundo a mesma autora, em relação às pessoas, os cuidados de reparação tomaram protagonismo com o modelo biomédico, “os cuidados de enfermagem relegaram para segundo plano tudo o que tem um sentido de assegurar a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir” (Collière, 1999). É por este motivo que o enfermeiro, através das intervenções especializadas, deve encontrar o equilíbrio, harmonizando entre os cuidados de manutenção e de reparação, mesmo nos momentos em que estes últimos adquirem uma condição altamente diferenciada, como acontece frequentemente tanto em contexto de UCI como de SU.

Nas intervenções de enfermagem, “a utilização de um conjunto de tecnologias para os cuidados de enfermagem coloca o problema da utilização que delas se faz (...), cuidar não pode ter sentido se a utilização das técnicas não se mantiver integrada no processo relacional” (Collière, 1999, p.268-269), ideia que ganha força quando nos referimos a PSC, inserida, habitualmente, num ambiente de cuidados muito tecnológico. Deste modo, a necessidade de cuidados emergentes que pode viver a PSC, não pode levar-nos a esquecer ou subvalorizar os outros elementos da situação quando se assume uma perspetiva holística da pessoa.

Como parte indissociável da prática de cuidados, os enfermeiros atuam de forma a prevenir complicações na saúde da pessoa, assim, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2001, p.12). Também “maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2001, p.13), e “persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (OE, 2001, p.11). Neste sentido e, dado que a situação de saúde altera o ambiente em que a pessoa habitualmente vive, restringindo-o ao ambiente de cuidados é necessário trabalhar as forças de vida atuando para diminuir a dimensão do desconforto, ansiedade, medo, alívio da preocupação e da dor que, o ambiente de cuidados pode provocar, com alterações que, por vezes, chegam a ser observáveis, nos parâmetros vitais, como refere Carvalho (2005, p.495), “embora o ambiente tecnológico da UCI traga benefícios em termos de equilíbrio biológico, ele é física e psicologicamente agressivo”, com efeitos fisiológicos, como vasoconstrição periférica com incremento da pressão arterial e alterações do ritmo cardíaco.

O enfermeiro, deste modo, procura promover o conforto da pessoa, enquanto “experiência imediata de se sentir fortalecido, por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas nos quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental); muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009, p.254, tradução livre), sendo possível “as pessoas estarem confortáveis com um certo grau de desconforto” (Kolcaba, 2005, p.55, tradução livre), o que indicia a natureza subjetiva das experiências de conforto/desconforto. A prestação de cuidados, inclui “uma intervenção adequada e

oportuna de conforto, com empatia e intenção de confortar” (Kolcaba, 2009, p. 254, tradução livre).

## 2. RELEVÂNCIA DO PROBLEMA EM ESTUDO

Este capítulo pretende justificar a pertinência do problema selecionado, devido à elevada prevalência de pessoas com doença cardiovascular, particularmente em situação de EAM, demonstrando o impacto que o ambiente de cuidados tem para o cliente/família, mediante a fundamentação teórica decorrente da pesquisa bibliográfica.

Porque as UCI e, de certo modo, também os SU, caracterizam-se por recorrer a metodologias de monitorização, procedimentos e tratamentos cada vez mais sofisticados e desenvolvidos, apresentam condições ambientais específicas devido ao alto nível de atividade, sons de equipamentos e alarmes, telefones e vozes dos profissionais, com níveis de ruído que se situam, frequentemente, acima dos considerados como desejáveis. Assim, tanto o ambiente das UCI como o dos SU que, com tecnologia própria e característica, envolve a pessoa em situação crítica afetando-a, a vários níveis, de forma negativa (Prado, Rodríguez e Blanco, 2010). Nesta linha e como já foi referido anteriormente, Carvalho (2005, p.495) refere que “embora o ambiente tecnológico da UCI traga benefícios em termos de equilíbrio biológico, ele é física e psicologicamente agressivo”.

Os níveis de ruído acima dos limites recomendados pela OMS podem provocar efeitos fisiológicos como vasoconstrição periférica com incremento da pressão arterial, alterações do ritmo cardíaco, dilatação das pupilas e aumento da secreção de adrenalina. O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal é sensível a níveis elevados de ruído, ocasionando incremento dos níveis plasmáticos de corticosteroides e a excreção urinária de adrenalina e noradrenalina (Carvalho, 2005).

A própria estrutura física das UCI, o ruído, as luzes, a perda do ciclo dia-noite, medo, ansiedade, o stress do internamento, as frequentes interrupções para avaliações diagnósticas rotineiras e administração de fármacos podem causar interrupções do sono na pessoa internada. As UCI são geradoras de stress devido à própria arquitetura e avançada tecnologia e relacionam-se, junto com outros fatores, com a aparição de sintomas cognitivos denominados “síndrome UCI” (Prado et al., 2010).

Assim, Mckegney (1996) citado por Prado et al. (2010, p.49, tradução livre) definiu-o como “um síndrome orgânico cerebral agudo de que sofrem os doentes acamados na UCI, caracterizado pela alteração das suas funções intelectuais, primordialmente a memória e o discernimento”. Na mesma linha, Baena (2006) refere que os doentes que sofrem transtornos do sono apresentam mais problemas físicos e psíquicos, é afetado o carácter e o humor da pessoa levando ao incremento do cansaço e fadiga, com risco de provocar confusão aguda, depressão e alteração do padrão respiratório. Assim, o ambiente de cuidados, quando agressivo, pode trazer prejuízos para a saúde, segurança e conforto da PSC.

Cvach (2009) publicou um artigo abordando o impacto dos alarmes clínicos na segurança dos doentes, fazendo referência a quais parâmetros deveriam ser monitorizados, a sensibilidade dos mesmos e que aguardar dos futuros sistemas de alarmes, com a ironia de que alarmes criados para proteger as pessoas provocam um aumento do ruído na unidade, fadiga por alarme e uma falsa sensação de segurança dos doentes. Ainda que os alarmes são importantes e em algumas situações *life-saving*, são com frequência inoportunos (definidos como falso-positivos e ou clinicamente irrelevantes), e podem comprometer a segurança da pessoa. Também Atzema (2006), publicou um estudo num serviço de urgências com pessoas com precordialgia e suspeita de EAM, que resultou em 99,4% de falsos alarmes e o 0,62% devido a eventos adversos (sinal vital ou arritmia) dos quais nenhum era hemodinamicamente significativo. Deste estudo concluíram que são muitos os equipamentos com alarmes, os falsos alarmes são frequentes e quando são reais, muitas vezes clinicamente insignificantes e, alarmes ineficientes, aumentam o risco de resultados adversos para o doente e os custos médicos. Estudos publicados por Cvach (2006) registaram situações nas quais os enfermeiros não respondiam aos alarmes dependendo do que os motiva-se, da sua duração e das características do doente; e respondiam se alarmavam mais de 5 segundos, era um alarme raro, ou se repetia em pouco tempo. Existem situações nas quais também não eram ajustados os alarmes aos parâmetros esperados individualmente a cada doente, que implicava constantes alarmes na monitorização em condições de estabilidade hemodinâmica.

Uma parte integrante da dimensão física do ambiente de cuidados é constituída pelo ambiente microbiológico. Como já foi abordado anteriormente, a PSC está inserida em unidades de saúde muito tecnológicas, sujeita a métodos de monitorização, procedimentos e tratamentos invasivos que implicam riscos. Deste modo, “as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e custos associados (...) e representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam” (Pina, Ferreira, Marques e Matos, 2010, p.27). Em Portugal, segundo dados do Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção de 2009, desenvolvido pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção da Direção Geral de Saúde (PNCI-DGS), “cinco em cada cem doentes tratados nos hospitais portugueses poderão ter adquirido uma infeção em consequência do seu internamento ” (Pina, Ferreira, Marques e Matos, 2010, p.27). Neste sentido, o enfermeiro, através das intervenções especializadas, atua tendo em consideração às competências específicas do enfermeiro especialista em PSC, “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2010c, Art.º4, alínea c).

Como já foi referido, o ambiente de cuidados tem uma dimensão organizacional, com normas e rotinas, que podem resultar hostis para a pessoa, assim, “é estressante, barulhento, com normas e rotinas próprias, donde a pessoa perde sua identidade, privacidade e sua perceção de liberdade” (Passos e Sadigusky, 2011, p.598), o enfermeiro deve atuar permitindo, entre outras situações, ter perto, por exemplo, objetos que lhe são significativos.

Também é importante registar o papel da família integrando a dimensão social. Deste modo, Passos e Sadigusky, (2011, p.602), incentivam a sua presença porque “a permanência da família junto à pessoa tem papel decisivo na sua recuperação, visto que o estresse provocado pela situação de saúde pode ser amenizado quando encontra apoio emocional de pessoas com as quais possua vínculo afetivo relevante”. Abordando a dimensão relacional, o enfermeiro deve promover, tanto quanto possível, a integração da pessoa/família no planeamento dos cuidados, pois “é um desafio para a enfermagem a inclusão do paciente e da família no

planeamento e efetivação dos cuidados e que eles deixem de ser vistos como objetos e passem à condição de sujeito dessas ações” (Passos e Sadigusky, 2011, p.602). As mesmas autoras revelam que “a hospitalização traz à pessoa e à família sentimentos de insegurança que se acentuam quando estas pessoas possuem dependência para os cuidados básicos de enfermagem, como alimentação, higiene e mobilidade física” (Passos e Sadigusky, 2011, p.598). Será nessa altura que, o enfermeiro, centrando as suas intervenções na pessoa/família, através duma prática de cuidados especializados suportada na reflexão e na evidência científica, vai atuar sobre o agressivo ambiente de cuidados, minimizando o impacto na PSC e família.

Continuando nesta linha, o enfermeiro faz a sua intervenção especializada atuando na gestão do ambiente que, como já foi referido anteriormente, pode ser muito agressivo para a pessoa, para garantir a satisfação das suas necessidades. Deste modo, tanto a OE (2001) que definiu o ambiente como constituído por vários elementos (humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais), que repercutem no conceito de saúde, como também Collière (1999) que, no seu pensamento, apresenta uma abordagem holística, situando as pessoas no seu contexto de vida, apontam para uma pessoa envolvida num ambiente de cuidados hostil, donde o enfermeiro pode atuar minimizando o seu impacto. Em relação aos cuidados de manutenção, é indispensável “estimular as trocas com tudo o que é fundamental à vida, fonte de energia vital: a luz, o calor, a relação com as pessoas conhecidas, os objetos familiares” (Collière, 1999, p.238). Da mobilização destes conceitos, revela-se o interesse do meu projeto de estágio com relatório.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em todo o mundo e um dos problemas de saúde pública mais importantes. Calcula-se que em 2008 faleceram 17,3 milhões de pessoas por esta causa, representando um 30% de todas as mortes registadas no mundo; 7,3 milhões foram devidos a cardiopatia coronária e 6,2 milhões por AVC (OMS, 2013).

Segundo o *European Heart Network* (2012) as doenças cardiovasculares causam 4 milhões de mortes (47%) no continente Europeu, dos quais 1,9 milhões de mortes (40%) ocorrem na União Europeia, estimando-se um custo à EU de quase 196

bilhões por ano. Do custo total com as doenças cardiovasculares na EU, cerca de 54% é devido aos custos dos cuidados de saúde, 24% devido a perdas de produtividade e 22% devido ao cuidado informal de pessoas com doenças cardiovasculares. Calcula-se que em 2030 morrerão perto de 23,3 milhões de pessoas por doenças cardiovasculares, continuando a ser a principal causa de mortalidade (*European Heart Network, 2012*).

Em Portugal, as doenças cardiovasculares permanecem no topo da lista de causas de morte embora tenha havido um decréscimo gradual de 44,2% em 1990, para 32,2% em 2006, das quais 23% são devidas a doença cardíaca isquémica (Santos, Aguiar, Gavina, Azevedo e Morais, 2009). Segundo dados do INE (2013), a taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares por 100000 habitantes em Portugal correspondeu a 76,8 em 2008 e a 63,2 em 2012, enquanto a taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração por 100000 habitantes foi de 43,5 em 2008 e de 34,9 em 2012.

Um problema de saúde com tal dimensão significa não só, e em primeiro lugar, sofrimento humano, com prejuízo para a qualidade de vida, conforto e segurança, como também os cuidados de saúde às pessoas com cardiopatia coronária desempenham um grande peso socioeconómico nas despesas sanitárias e com perspectivas de crescimento, pelo que se trata também dum grande desafio de gestão sociopolítica.

No meu percurso profissional, tenho prestado cuidados à PSC, em particular a pessoas com EAM em fase aguda. Esta experiência despertou-me uma preocupação e sensibilidade pelo impacto, que na saúde da pessoa, provoca o ambiente de cuidados que a envolve, sendo a pessoa com EAM, especialmente vulnerável e suscetível na fase aguda. Neste sentido, Micaelo, Valente, Gonçalves e Duarte (2011), consideram a fase aguda o período crítico da doença, de 3 a 5 dias de duração, habitualmente na UCI, donde a PSC/família deve receber a informação em relação à doença, os tratamentos, as limitações e perspectivas do futuro. Nas primeiras doze a vinte e quatro horas, com estabilidade clínica, poderá iniciar

exercícios de baixa intensidade, como exercícios respiratórios de relaxamento e cuidados pessoais.

As intervenções especializadas do enfermeiro na gestão do ambiente de cuidados da pessoa com EAM em fase aguda, parecem ser relevantes para a sua segurança e conforto, “persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (O.E., 2001, p.11); no intuito de prevenir as complicações, pois “o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (O.E., 2001, p.12), e o agravamento da doença coronária, ao promover a estabilidade hemodinâmica que, por sua vez evitaria complicações, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assim, “maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (O.E., 2001, p.13).

Deste modo, faz sentido a intervenção do enfermeiro especialista em PSC, na gestão de um ambiente favorecedor da preservação da continuidade da vida, promotor das fontes de energia vital ou para que, pelo menos, constitua uma agressão menor para a PSC, promovendo um ambiente que contribua para a continuidade e desenvolvimento da vida.

### **3. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO ESTÁGIO**

Este subcapítulo pretende apresentar o problema considerado relevante para direcionar o percurso de formação bem como a preparação e planeamento do trabalho de campo, ou seja, o planeamento das atividades de estágio, em função das competências a desenvolver e dos objetivos definidos.

A elaboração de um projeto e a sua implementação, posteriormente, ao longo do 3º semestre do curso de mestrado, visou a aquisição e desenvolvimento de competências na gestão do ambiente de cuidados à PSC/família, em particular à pessoa/família com EAM em fase aguda, no âmbito das competências de 2º ciclo de formação, das competências comuns e do enfermeiro especialista na PSC. Para tal, foi necessário traçar um caminho, um percurso pedagógico que o possibilitou, para o qual foi selecionada a metodologia de trabalho de projeto.

De acordo com Castro e Ricardo (1993, p.9), “o trabalho de projeto é orientado para a resolução de um problema (...), deve ser considerado importante e real (...), ser profissionalmente relevante (...), de natureza tal que tenha que ser estudado/resolvido tendo em conta as condições da sociedade”.

O conceito de problema é definido por Schmuck et al. (1977), citado por Castro e Ricardo (1993, p.11) como “não saber qualquer coisa e querer aprendê-la”. Neste sentido, como fase inicial do meu projeto, surgiu a identificação de um problema de interesse que, para além de ser real e com impacto na prática de cuidados, leva em consideração as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente: “cria e mantém um ambiente terapêutico seguro” e “promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (OE, 2010b, Artº6º, alínea c); bem como as competências do enfermeiro especialista em PSC: “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”, na pronta identificação de focos de instabilidade num ambiente de cuidados agressivo, identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar e demonstrando conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta as necessidades da PSC e ou

falência orgânica (OE, 2010c, Art.º4, alínea a). Por tudo isto, tal problema foi considerado relevante para a minha formação e com potencial de transferibilidade para o meu contexto de trabalho.

Assim, o problema que pretendi responder em estágio questionou: **Qual a intervenção especializada de enfermagem na gestão do ambiente de cuidados da pessoa em situação crítica, em particular da pessoa com enfarte agudo de miocárdio em fase aguda?**

Aquando da elaboração do projeto, atendendo ao problema em estudo e às competências comuns e específicas previstas para o enfermeiro especialista, considerei pertinente poder desenvolver competências, nomeadamente, no que respeita à criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro (OE, 2010b, Artº6º, alínea c), privilegiando o “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” nas suas diversas unidades de competência (OE, 2010c, Art.º4º, alínea a). Assim como também: “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2010c, Art.º4º, alínea c).

Através do aprofundamento, da aplicação e da integração do conhecimento decorrente do 1º ciclo de formação e da sua utilização para a resolução de problemas em situações novas, da realização de julgamentos e tomada de decisões, do desenvolvimento da capacidade de comunicação e de auto-aprendizagem, pressupõe-se a atribuição do grau de mestre segundo os Descritores de Dublin para o 2º ciclo.

Considerando a minha experiência profissional prévia, o projeto de estágio foi desenhado com vista ao desenvolvimento de competências que, segundo Benner (2001) fosse equivalente ao nível de competência proficiente para a prestação de cuidados em SU, no qual não tinha experiência anterior, tendo como objetivo atingir o nível de perito em UCI, possibilitado pelos dez anos de prestação de cuidados especializados prévios.

### 3.1. Objetivos

Uma vez identificado o problema a responder, foram definidos como objetivos de estágio:

➤ *1º Objetivo geral:*

Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC, em particular à pessoa com EAM, face às necessidades de cuidados e ao longo da fase aguda.

✓ *Objetivos específicos:*

- Identificar precocemente as necessidades de cuidados face ao risco ou à instabilidade orgânica da PSC, em particular da pessoa com EAM em fase aguda;
- Responder às necessidades de cuidados, nomeadamente às situações de instabilidade da PSC, em particular da pessoa com EAM;
- Construir uma relação terapêutica com a PSC/família, em particular com a pessoa/família com EAM em fase aguda;
- Prestar cuidados especializados relacionados com a gestão da dor e o bem-estar da PSC, em particular da pessoa com EAM.

➤ *2º Objetivo Geral:*

Intervir na gestão do ambiente de cuidados no âmbito do cuidado especializado à PSC, em particular à pessoa com EAM em fase aguda.

✓ *Objetivos específicos:*

- Identificar fatores ambientais com possível impacto na segurança e conforto da PSC, em particular da pessoa com EAM em fase aguda;
- Planear intervenções de enfermagem especializadas na gestão do ambiente de cuidados da PSC/família, em particular da pessoa/família com EAM;
- Implementar intervenções de enfermagem especializadas na gestão do ambiente de cuidados da PSC/família, em particular da pessoa/família com EAM;

- Avaliar as respostas da PSC, em particular da pessoa com EAM em fase aguda, face à ação sobre o ambiente de cuidados.

Na preparação e planeamento do projeto devemos “fazer um primeiro levantamento dos recursos (humanos, materiais e físicos), prever alguns obstáculos e eventuais formas de os contornar, escolher e justificar o processo de recolha da informação e planejar tempos e espaços para o trabalho de campo” (Castro e Ricardo, 1993). Neste sentido, visitei previamente e posteriormente, realizei estágio, num serviço de Hemodinâmica e numa UCI vocacionada para o cuidado de pessoas com doença coronária (Hospital A), e num SU (Hospital B). O estágio teve uma duração de uma semana num serviço de Hemodinâmica, oito semanas em UCI e oito semanas em SU, donde me foi possível colaborar e prestar cuidados de enfermagem sob orientação de um enfermeiro especialista/perito. Como recursos humanos contei, para além do enfermeiro orientador, com o enfermeiro chefe de cada serviço, equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e o professor tutor do projeto. Como recursos materiais tive disponíveis bases de dados eletrónicas, o acervo bibliográfico do Centro de documentação da ESEL, normas, protocolos, bem como outros recursos materiais ao dispor nos serviços.

### **3.2. Atividades**

As atividades a realizar, para o desenvolvimento de competências, foram determinadas para atingir os objetivos definidos e serão descritas no subcapítulo quatro.

#### **4. PERCURSO DE APRENDIZAGEM EM ESTÁGIO: ATIVIDADES E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Este subcapítulo pretende apresentar o percurso das minhas aprendizagens em estágio e as competências desenvolvidas, centradas e organizadas a partir dos dois objetivos gerais, por proximidade à mesma área de competência, demonstrando a minha capacidade para o comunicar e para o refletir criticamente. Algumas atividades ajudaram a atingir os dois objetivos e por isso, serão referidas em relação a ambos, podendo parecer uma duplicação, que contudo, se procurou evitar.

As primeiras nove semanas do meu estágio, decorreram numa unidade de cuidados intensivos coronários, de um hospital com serviço de hemodinâmica, no qual também tive a oportunidade de desenvolver um estágio de observação com uma semana de duração. O estágio combinando nestes dois serviços permitiu-me conhecer e compreender o circuito que o cliente percorre após a ativação da Via Verde Coronária e prestar cuidados especializados à PSC, em particular à pessoa com EAM, face às necessidades de cuidados e ao longo da fase aguda, com especial atenção aos aspetos da gestão do ambiente de cuidados, nas várias dimensões.

As oito semanas seguintes decorreram num SU, contexto no qual não tinha qualquer experiência profissional anterior, o qual me permitiu conhecer e prestar cuidados de enfermagem à pessoa/família nos diferentes sectores de atendimento segundo as suas necessidades, especialmente na triagem, SO e sala de reanimação, com especial atenção aos aspetos da gestão do ambiente de cuidados, nas várias dimensões. Foi ainda possível a realização de um estágio de observação de três turnos numa VMER, com aprendizagens específicas devido ao atendimento a clientes e prestação de cuidados em contextos não controlados. Neste âmbito, tive a oportunidade de dirigir a minha atenção para múltiplos aspetos relevantes para a atuação do enfermeiro especialista em PSC, e de entre estes, para a gestão do ambiente de cuidados, nas várias dimensões.

#### **4.1. Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC, em particular à pessoa com EAM, face às necessidades de cuidados e ao longo da fase aguda.**

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em PSC, emitidos pela Ordem dos Enfermeiros, definem a PSC como “aquela cuja vida esta ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011e, p.2). Neste sentido, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista, procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou de falência orgânica” (OE, 2011e, p.4). Deste modo, “a intervenção do enfermeiro especialista em PSC deve ser precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à PSC” (OE, 2011e, p.4), assim como assegurar a “identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da PSC, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (OE, 2011e, p.5).

Estas intervenções do enfermeiro na prestação de cuidados podem ser, como já foi referido anteriormente, de manutenção de vida ou de reparação. Os cuidados de manutenção estão relacionados com tudo o que é indispensável à vida, enquanto os cuidados de reparação dizem respeito ao tratamento da doença, e não fazem sentido se os primeiros também não são atendidos, até nas situações mais críticas (Collière, 1999). De outro modo, também Bettinelli e Erdmann (2009), corroboram a ideia da relevância destes dois tipos de cuidados ao afirmar que as características tecnológicas das UCI priorizam os complexos procedimentos técnicos, desenvolvidos pelos profissionais, como suporte à manutenção da vida humana; mas será necessário “conhecer as questões relacionadas com o significado do internamento da pessoa e as suas implicações na vida e no quotidiano dos familiares para promover estratégias de intervenção” (Bettinelli e Erdmann, 2009, p.16).

Através da realização de entrevista à PSC, em particular à pessoa com EAM em fase aguda e família, de observar a interação cliente/família e da consulta documental, com objetivo de construir uma relação terapêutica, haverá necessidades de acompanhamento com comunicação clara e adequada tendo atenção a crenças, valores e práticas. Neste sentido, Silveira, Lunardi, Filho e Oliveira (2005, p.127) consideram a observação “um elemento indispensável quando pretendemos construir uma relação terapêutica com o outro (...), mas é difícil interpretar o significado do que é observado, escutado, percebido na relação entre enfermeira, equipa de enfermagem, cliente e família”.

Em algumas situações de cuidados senti, como referem os autores, alguma dificuldade na interpretação do observado, o que consegui ultrapassar através da minha atitude adquirindo mais informação junto da PSC/família, com uma maior presença, procurando demonstrar empatia e vontade de não julgar, facilitando maior troca de informação entre a PSC/família com a enfermeira e mostrando o meu compromisso no processo de cuidados.

Continuando com Silveira, Lunardi, Filho e Oliveira, (2005, p.129), “a interação entre equipa de enfermagem, cliente e família deve ser conscientemente planejada pela equipe de enfermagem, partir das observações realizadas, das necessidades evidenciadas e das interpretações dos significados atribuídos pelo cliente/família a sua nova situação de vida”, enquadrando-se na competência: “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica” (OE, 2010c, Art.º4º, alínea a).

A interação deve considerar uma visão holística, preparando a família para o ambiente de cuidados antes de se aproximar ao cliente, evitando, de este modo, transmitir-lhe os seus temores e angústia e, até ser considerada uma presença negativa, quando descobrem, com surpresa, o seu familiar num ambiente de cuidados tão tecnológico. Para além disto, até quando a família se encontra numa condição de instabilidade emocional, devido a angustia e o sofrimento que estão a viver, a sua presença contribui para que o cliente se sinta mais protegido, seguro, querido, significativo para a família, pois, “o estimulam a lutar pela vida, daí a

relevância da presença da família na UCI, seja para conversar com o cliente, tocá-lo ou simplesmente observá-lo, mesmo quando este se encontra inconsciente” (Silveira, Lunardi, Filho e Oliveira, 2005, p.128). Neste sentido, “a presença da família tem de ser valorizada, pois auxilia na manutenção dos laços afetivos e na recuperação da saúde do cliente” (Bettinelli e Erdmann, 2009, p.16), e também “a interação com as famílias é necessária desde o momento do internamento do familiar doente, proporcionando-lhes atenção, oportunidade de dialogar e de esclarecer dúvidas” (Silveira, Lunardi, Filho e Oliveira, 2005, p.126).

São muitas as questões levantadas pela família durante a experiência de internamento do seu familiar na UCI: “esta a ouvir?”, “tem dores?”, “vai ficar bem?”, “pode morrer?”, “quando vai acordar?”. A falta de informação/preparação da família em relação ao ambiente de cuidados da pessoa, pode fazer “aumentar ainda mais a apreensão, angústia e sofrimento, (...) pode significar uma ameaça à família criando ruturas e desestruturas de várias formas no seu cotidiano” (Bettinelli e Erdmann, 2009, p.17); de este modo, devemos utilizar os nossos conhecimentos para ajudar a lidar com a ansiedade e o medo. Em relação à comunicação, Gómez-Londoño (2008, p.151, tradução livre) define-a como o “eixo central no ato de cuidar e curar. Não só se deve considerar como um ato humanizador, senão um dos fatores decisivos, junto com a competência, eficiência e a eficácia, da qualidade de um espaço do serviço de saúde”.

Existe um significado cultural atribuído ao internamento em UCI que, segundo Bettinelli e Erdmann (2009), está relacionado com a morte iminente, pensamento com carga emocional que obriga a uma atuação dos profissionais para educar e fornecer suporte/apoio aos clientes/famílias no sentido de contribuir para que o cliente modifique tais pensamentos, ajudando ao cliente/família a lidar com as próprias emoções e enfrentar a situação. Por outro lado, Silveira, Lunardi, Filho e Oliveira (2005), revelam a presença de famílias com sentimentos de esperança, alívio, conforto, incentivados pelos avanços terapêuticos e tecnológicos, acreditando na cura até quando não há alternativas, assim como também de temor, desespero, angústia e insegurança. Este sentimento de angústia e sofrimento foi um problema

identificado no meu estágio, pois era vivenciado por muitas famílias que acompanhei, tanto em UCI como no SU.

Bettinelli e Erdmann (2009, p.17) referem que “os cuidados às famílias das pessoas internadas em UCI permitem construir vínculos que favorecem o enfrentamento de momentos de angústia, sofrimentos altamente estressante além dos problemas relativos à repercussão deste evento no cotidiano da família”. Nesta mesma linha de pensamento, também “se acredita que as famílias dispõem de forças para esse enfrentamento; porém cabe aos profissionais do intensivismo torná-las explícitas e, sempre que necessário, estimular a emergência de novas forças” (Bettinelli e Erdmann (2009, p.17). Para Phaneuf (2005, p.461), o suporte à família é “um conjunto de intervenções da enfermeira que visam levar apoio emotivo aos próximos da pessoa doente, ajudá-los a atravessar este momento penoso, a compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo calmamente”, e depois, se exequível, “convida os próximos a participar nas decisões e nos cuidados, e ajudá-los a prepararem-se para a substituírem ou para enfrentarem os momentos difíceis” (Phaneuf, 2005, p.461).

Assim, no meu estágio, o Sr. JB, de 79 anos, com história de AVC, EAM e vários episódios de FV, estava acompanhado pela esposa, D<sup>a</sup> FB, de 73 anos que, diariamente, recebia informações claras em relação ao que lhe estava a acontecer ao seu familiar doente. Era confirmado o seu entendimento, procurando-se estimular a sua tomada de decisões, mostrando empatia para também se sentir acolhida, cuidada, transmitindo-lhe segurança com a minha presença, de forma a mostrar o meu envolvimento no processo de cuidar, sendo consideradas estas intervenções de manutenção de vida (Collière, 1999). Assim, segundo Phaneuf (2005, p.347), a empatia

é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda e que percebe a dificuldade da pessoa ajudada (...), como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções.

Deste modo, na prática, pude mostrar empatia através da comunicação não verbal, do tocar que expressa compreensão, das palavras que expressam a intenção de partilhar a dificuldade, das respostas-reflexo que mostram a perceção da vivencia, ademais do tom de voz que acompanha as emoções vividas. Procurou-se estar presente com a pessoa e a familiar, no entendimento de que a presença pode ser definida como “um estado de proximidade física e de disponibilidade afetiva e calorosa graças ao qual a pessoa que ajuda fica em alerta às necessidades da pessoa a ajudar” Phaneuf (2005, p.330), transmitindo à PSC/família confiança e tranquilidade (Phaneuf, 2005).

No meu estágio, constatei a informação resultante da pesquisa bibliográfica, que revela que é necessário entender as questões relacionadas com o significado do internamento e as suas consequências na vida e no dia-a-dia da família, para desenvolver estratégias de intervenção, incentivando a sua presença junto da PSC. Tanto em UCI como no SU, encontrei diversidade de vivências no sentido que as famílias deram à experiência, tanto sentimentos de temor e insegurança pelo internamento no ambiente de cuidados tão tecnológico, como também esperança de que o mesmo ambiente devolve-se a saúde ao familiar. Neste sentido, a família do Sr. AJ, de 65 anos e internado no SO, com história de neoplasia do pulmão em estágio IV e vários episódios de derrame pericárdico com sucessivas pericardiocenteses, mantinha toda esperança na recuperação apesar do prognóstico muito reservado do seu familiar. Uma vez explicado que os avanços tecnológicos e terapêuticos não poderiam ajudar o necessário, a equipa de profissionais junto com a família, decidiram apenas assegurar cuidados de conforto. A própria família referiu sentir-se cuidada e segura com a minha presença, informação e apoio, considerada uma intervenção de enfermeiro especialista que se enquadra na competência: “Assiste a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e medo vividos pela PSC e/ou falência orgânica, e demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto” (OE, 2010c, Art.º4º, alínea a).

Mediante comunicação clara e adequada, tendo atenção às crenças, valores e práticas, a Sr.<sup>a</sup> MF, de 70 anos, de religião islâmica, com prognóstico muito reservado por falência multiorgânica, recebia na UCI a visita da família depois da última oração do dia, para além do horário habitual de visitas. Assim, o enfermeiro especialista envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas, enquadrando-se na competência: “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (OE, 2010b, Art.º6º, alínea c). De este modo, promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo, envolvendo a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas.

Lucchetti, Granero e Avezum (2011, p.55) referem que a “relação entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e o processo saúde-doença se faz de longa data. Estudos epidemiológicos têm mostrado uma relação entre R/E e doenças cardiovasculares, incluindo menores prevalências de depressão, maior sobrevivência, menores níveis pressóricos e menores complicações pós-cirúrgicas”. Assim, o Sr. SF de 73 anos, testemunha de Jeová, diagnosticado com doença de 3 vasos após cateterismo cardíaco, foi proposto para cirurgia cardíaca que, inicialmente recusou, pelo risco de serem necessárias transfusões de sangue mas que, com a informação dada em relação aos avanços tecnológicos, após reunião do cliente e família com a equipa cirúrgica, não tendo objeção ao uso dos fluidos substitutos coloides e cristaloides, aceitou e avançou para cirurgia, não entrando em conflito com as suas próprias crenças. Foram avaliadas as necessidades do Sr. SF, esclarecidas as dúvidas em relação à cirurgia e à não utilização de hemoderivados, feito ensino em relação aos cuidados pré e pós cirurgia, garantindo que seriam respeitadas as suas crenças, promovendo a sua segurança.

Nos vários contextos de estágio, a família foi geralmente abordada antes de se aproximar da PSC, no intuito de informar em relação ao ambiente de cuidados, criando momentos de interação com a família com objetivo terapêutico, e adotando formas de comunicação alternativas individualizadas, adaptadas às necessidades identificadas. A título de exemplo, em situações donde a PSC/família não falava

português, no meu local de estágio em SU existia um programa informático de tradução, que facilitava a comunicação devido ao grande nº de população estrangeira que recorria a aquele serviço. Também devido à complexidade do estado de saúde, e/ou através de estratégias facilitadoras da comunicação com pessoas com “barreiras à comunicação”, como a Sr.<sup>a</sup> LM, de 69 anos, precisando de entubação oro-traqueal, na UCI, forneci-lhe um quadro e caneta que facilitou comunicar com o seu marido e com a equipa; também possibilitei a escuta ativa e elucidação de dúvidas com a pessoa e o familiar, enquadrando-se na competência: “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (OE, 2010c, Art.º4º, alínea a).

Também, Gómez-Londoño (2008, p.151, tradução livre), refere a importância da escuta na relação interpessoal, pois “saber escutar é compreender o outro desde a sua circunstância com amabilidade, entender o significado dos seus gestos, das suas expressões verbais e não-verbais”. Para Phaneuf (2005, p.333), a escuta “é um estado de disponibilidade intelectual e afetiva da enfermeira, é a oferenda, a partilha de um momento da sua vida com a pessoa ajudada. É ao mesmo tempo silêncio e palavra a fim de levar a pessoa a exprimir-se”, foi neste sentido, que usei a escuta ativa como uma das estratégias de comunicação.

Continuando com o pensamento de Phaneuf (2005, p.12), “a presença, a escuta e a palavra da enfermeira, que favorecem na pessoa cuidada a evolução e a capacidade de tomada a cargo da sua saúde física e mental, fazem parte integrante dos cuidados de enfermagem”. Neste sentido, posso referir a situação de saúde-doença vivida por um jovem piloto de aviação, o Sr. FS, que sofreu um EAM com 33 anos, com aparente incapacidade para perceber o risco de não ser possível continuar a exercer a profissão, e a viver uma situação de forte ansiedade, foi através da minha intervenção como enfermeira, recorrendo à presença, à escuta, ao ensino de técnicas de relaxamento e esclarecimento de dúvidas, que o Sr. FS conseguiu reduzir a sua ansiedade. Neste sentido, Phaneuf (2005, p.322) considera que,

o estabelecimento desta ligação entre a enfermeira e a pessoa cuidada feita de escuta e de compreensão é, com efeito, um verdadeiro bem, uma dádiva da

enfermeira para a pessoa cuidada para a ajudar a ultrapassar as suas dificuldades. E esta relação é fértil, evidentemente, visto que é portadora de alívio da ansiedade, de libertação de certas emoções, de serenidade e de amor pelo outro.

Na situação de saúde-doença do Sr. JG, de 43 anos e a sua família, a sofrer EAM com instabilidade hemodinâmica, após identificar a aparente incapacidade para perceber a situação de gravidade que o seu familiar estava a vivenciar, a minha intervenção como enfermeiro especialista junto da família visou ajuda-la a compreender o problema e apoiar-la para o enfrentar. Assim, segundo o pensamento de Phaneuf (2005), uma das intervenções do enfermeiro junto dos próximos da pessoa, deve estar relacionada com a necessidade de alívio fornecido por alguém que os escute e apoie, assim como também com a necessidade de informação, tanto para se prepararem para uma má notícia como para se responsabilizarem pelos cuidados aquando do regresso a casa. Neste sentido, “a enfermeira que ajuda procura favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (Phaneuf, 2005, p.324).

Existem situações nas quais o familiar desempenha um papel fundamental na preparação do ensino para a alta domiciliar, especialmente quando o cliente não tem capacidade para assumir a responsabilidade de cumprir com rigor a medicação. Posso referir o caso de um cliente, o Sr. MB de 70 anos, que só cumpriu a medicação prescrita numa das duas receitas indicadas, por supor serem os mesmos medicamentos, não tomando, em consequência, os anti-agregantes plaquetários, ocorrendo reenfarte do miocárdio passados cinco dias pós alta e requerendo ser novamente sujeito a tratamento na sala de hemodinâmica. É crucial a identificação de necessidades em relação à capacidade e conhecimentos da pessoa e do envolvimento da família, e de planeamento de intervenção de ensino com a PSC/família com EAM em fase aguda. Na situação do Sr. MB, reforçando a informação em relação à situação de gravidade que está a viver por não ter cumprido a medicação prescrita na alta, e perceber que precisará da família aquando o regresso a casa.

A realização do acolhimento da PSC com EAM em fase aguda, tanto em contexto de UCI como de SU, permitiu-me uma primeira recolha de dados através da monitorização hemodinâmica precoce de parâmetros fisiológicos, para a identificação prematura de focos de instabilidade e planeamento de uma resposta pronta e antecipatória face aos mesmos, enquadrando-se na competência: “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE, 2010b, Art.º4º, alínea a). Também, através da execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica ou de falência orgânica e demonstrando conhecimentos e competências em suporte avançado de vida.

Assim e a título exemplificativo, no acolhimento na UCI ao Sr. ML, de 60 anos, com Insuficiência cardíaca e medicado com diuréticos, tive oportunidade de identificar e alertar para a existência de múltiplas extrassístoles no ECG; após realizada análise de sangue, confirmou-se uma hipocaliemia grave, que melhorou com a reposição de potássio endovenoso, evitando o agravamento da situação clínica do cliente. Também foi conseguida uma resposta pronta a focos de instabilidade quando no SO, depois do Sr. GF, de 61 anos, iniciar amiodarona em perfusão para cardioversão farmacológica de uma FA com resposta ventricular rápida, apresentou uma bradicardia severa com repercussões hemodinâmicas e paragem respiratória, suspendendo-se a perfusão de amiodarona e iniciando manobras de SAV, com sucesso. Nesta situação tive a oportunidade de demonstrar os conhecimentos e habilidades resultantes da formação em SAV. Noutra situação, o Sr. VL, de 76 anos, transferido durante a noite do seu hospital de referência para a UCI coronária com quadro de precordialgia, com alterações de ECG e enzimáticas, referia sentir-se angustiado por encontrar-se longe da mulher. Contactei a familiar, e facilitei a comunicação telefónica entre o casal, cuidado que aliviou a angústia do Sr. VL, confortando-o e evitando possíveis repercussões que agravassem o seu estado hemodinâmico, como exemplo da intervenção do enfermeiro na resposta pronta e antecipatória a focos de instabilidade.

A experiência do pré-hospitalar permitiu-me vivências muito ricas num contexto não controlado com características específicas para a pessoa/família, que me

possibilitou a identificação e resposta rápidas a focos de instabilidade, com execução de cuidados técnicos, atuando eficazmente sob pressão e colaborando nas decisões da equipa. Na organização dos serviços de emergência, para uma assistência imediata e eficaz, foi fundamental a coordenação com o centro de orientação de doentes urgentes (CODU) e o trabalho em equipa; após cada ocorrência, desenvolvi junto do grupo, uma análise e discussão dos cuidados prestados no intuito da melhoria dos mesmos.

A monitorização contínua, com vista ao diagnóstico precoce das complicações relacionadas com a implementação de protocolos terapêuticos difíceis, enquadra-se na competência: “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2010c, Art.º4º, alínea a). O enfermeiro especialista diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação destes protocolos, implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações e monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados. Sob uma perspetiva de qualidade dos cuidados, o enfermeiro especialista, na procura permanente da excelência no exercício profissional, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011e, p.5),

previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, através da identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da PSC, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis(...), a apropriada implementação de medidas de SAV e a gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos.

Procurando ilustrar a minha intervenção neste domínio de competência especializada, referir-me-ei aos cuidados na administração de Abciximab, frequente tanto no meu contexto de trabalho como também no local de estágio na UCI, pela sua ação como anti-agregante plaquetário, indicado na prevenção de complicações cardíacas isquémicas em doentes submetidos a intervenção coronária percutânea (angioplastia com balão, aterectomia e *stent*).

Em relação aos cuidados prestados a estes clientes – em fase aguda de EAM e sob terapêutica anti-agregante – a literatura afirma que devemos evitar realizar punções desnecessárias tanto arteriais como venosas, assim como locais de punção não compressíveis como as veias jugular e subclávia, injeções intramusculares, algaliações, entubação nasotraqueal, colocação de tubos nasogástricos e mangas de pressão sanguínea automáticas deverão ser também evitadas (Infarmed, 2004 e Janssen Biologics, 2013). Pude constatar, em estágio, que aos clientes com EAM em fase aguda eram, habitualmente, colocados dois ou mais acessos periféricos heparinizados, previamente ao início do tratamento, através dos quais não só é administrada a medicação endovenosa como também são realizadas as colheitas de sangue para as várias análises de controlo, evitando numerosas punções que causariam momentos de stress e dor a estes clientes já em situação de suscetibilidade, com elevado risco de hematomas.

Por tudo isto, aquando da administração de Abciximab foi necessário uma intervenção especializada do enfermeiro, com cuidados específicos relacionados com o local de acesso para o cateterismo, com diversas contraindicações pelo risco acrescido de fenómenos hemorrágicos. Depois de explicar ao cliente o procedimento que será realizado, uma vez feita a remoção da bainha colocada na artéria femoral, com atenção a possíveis bradicardias por reação vagal, foi verificado o local de inserção da mesma e os pulsos distais de 15´ em 15´ na primeira hora, e cada hora nas seguintes 6 horas, mantendo o posicionamento da cama com a cabeceira a menos de 30º, com o membro puncionado estendido e administrando analgesia se necessário, alertando o cliente em relação aos riscos associados ao não cumprimento do posicionamento. Quando existe hemorragia no local do aceso deve-se baixar a cabeceira a 0º, aplicando pressão manual ou compressão mecânica até à hemostase, monitorizando o crescimento do possível hematoma, mudando o penso com cuidado evitando retirar o possível coágulo formado, e ajustando a perfusão de heparina ao cliente, se estiver a ser administrada, realizando colheita e monitorização do tempo de tromboplastina parcial ativada (APTT). Foi feita pesquisa bibliográfica em busca de evidência científica, em relação aos cuidados prestados a clientes sob Abciximab, tendo-me também suportado para agir na prática dos peritos e na bula do medicamento. Estas ações fazem parte dos “elementos importantes

face à prevenção de complicações na PSC: a prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados, e o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas” (OE, 2011e, p.5).

Devem-se controlar todos os potenciais locais de hemorragia, locais de punção arterial e venosa, locais de inserção de cateteres e os locais de desbridamento, sendo todos devidamente monitorizados, com periodicidade ajustada à necessidade do cliente. Assim o Sr. JM de 78 anos, com história de EAM com ECG e enzimas cardíacas positivas com quatro horas de evolução desde o início dos sintomas, foi submetido a PTCA da artéria descendente anterior, com colocação de um *stent* e perfusão de Abciximab, via femoral direita; foram prestados os cuidados de vigilância, já referidos anteriormente, que a literatura recomenda, não havendo complicações. Para evitar o desconforto do cliente em relação ao posicionamento pós tratamento, os cardiologistas tentam, cada vez mais frequentemente, uma abordagem pela artéria radial em lugar da femoral, sendo os cuidados a ter posteriormente muito mais fáceis de cumprir para o cliente, permitindo o seu auto posicionamento no leito.

Uma intervenção nova para mim, no local de estágio, em relação ao meu contexto de trabalho, e que cumpre as recomendações do Infarmed (2004) e do Janssen Biologics (2013), é a monitorização da contagem de plaquetas. Com a finalidade de avaliar e reduzir a possibilidade de trombocitopenia, é feita uma contagem de plaquetas antes do tratamento, às duas horas e às doze horas. Se o cliente apresenta um decréscimo agudo de plaquetas serão feitas contagens adicionais para confirmação em três tubos separados contendo ácido etilenodiaminotetracético (EDTA), citrato e heparina, respetivamente, para excluir a possibilidade de pseudotrombocitopenia devido à interação anticoagulante *in vitro*. Confirmada a trombocitopenia verdadeira deve suspender-se a perfusão de Abciximab e continuar a monitorização diária da contagem de plaquetas e tratamento adequado, sendo indicado que para valores inferiores a 60000 células/ $\mu$ l deve-se interromper a heparina e o ácido acetilsalicílico (Infarmed, 2004). Neste sentido, é praticada uma intervenção especializada com objetivo de contribuir para a segurança da pessoa,

devido à complexidade do protocolo, pela instabilidade e risco do cliente assim como pela margem de autonomia que o enfermeiro assume nesta gestão.

Também pude realizar a identificação precoce de complicações relacionadas com a implementação de protocolos terapêuticos complexos, como a administração de opióides e o risco de depressão respiratória, monitorizando a respiração e saturação periférica do cliente para a deteção de bradipneias, desenvolvendo respostas de enfermagem, tanto autónomas como interdependentes, apropriadas às complicações ou aos efeitos secundários, administrando oxigénio e naloxona quando necessário, avaliando os resultados das intervenções, junto do cliente.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2011e, p.6). E é elemento importante face ao bem-estar e autocuidado da PSC “a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos -medidas farmacológicas e não farmacológicas- para alívio da dor” (OE, 2011e, p.6). Nesta linha, enquadra-se a competência: “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2010c, Art.º4º, alínea a).

A Ordem dos Enfermeiros (2008a, p.7) emitiu o guia orientador de boa prática para o cuidado à pessoa com dor, no qual se declara que,

a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas – e em concreto às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor –, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados.

A prestação de cuidados especializados relacionados com a gestão da dor e o bem-estar da PSC, em particular da pessoa com EAM, inicia-se com a monitorização da dor, monitorização hemodinâmica, de parâmetros e avaliação das necessidades,

relativas a outros desconfortos, como por exemplo, as relacionadas com a obrigatoriedade de guardar repouso no leito, apreensão pela situação clínica, preocupações relativas ao futuro ou questões que se prendem com a agressão pelo próprio ambiente físico como não conseguir descansar. Devemos procurar identificar alterações hemodinâmicas que possam indicar mal-estar, assim como evidências fisiológicas e emocionais. Neste sentido, Morton *et al.*, (2007), citados por Santos e Piaggi, (2010), “na fase aguda o enfermeiro deve estar atento às necessidades de oxigenação/ventilação, circulação/perfusão, conforto/controlar a dor, segurança, psicossocial, espiritual, entre outros”.

Segundo Leite, Figueiredo e Erdmann (2007), citados por Ponte (2011), “o principal sintoma do EAM é uma pressão desconfortável no tórax ou nas costas, podendo irradiar para ombros, pescoço ou braços, além de sintomas como tontura, sudorese, náuseas, respiração curta e sensação de plenitude gástrica”. Na sala de reanimação do SU, prestei cuidados à PSC e família, pois “o enfermeiro, no atendimento ao doente que apresenta dor torácica sugestiva de infarto do miocárdio, deve realizar a história organizada e sistematizada para assistência integral do paciente”. Na intervenção precoce do enfermeiro, além de avaliar os sinais vitais, é necessário um “acesso venoso, colheita de sangue e manter acesso para medicação endovenosa” (Morton *et al.*, 2007, citados por Santos e Piaggi, 2010). Como já referi anteriormente, quando a analgesia é feita com opióides, impõe-se cuidados, já descritos, para a deteção e tratamento de possíveis complicações. Ao mesmo tempo, “o enfermeiro deve elevar o leito para diminuir o desconforto e a dispneia, diminuir a ansiedade com orientações e atitudes apropriadas, pois o medo e a ansiedade aumentam o trabalho cardíaco (Smeltzer e Bare, 2005; Nettina, 2007, citados por Santos e Piaggi, 2010).

A dor aguda pode ser sinal de isquemia, pelo que a intervenção há-de ser inicialmente farmacológica, pela rapidez e eficácia. Neste sentido, também “a enfermeira pode atuar visando desenvolver a percepção de que resistir à dor pode significar o risco de perder a vida ou limita-la permanentemente” (Mussi e Pereira, 2010, p.86). O enfermeiro especialista identifica as necessidades dos clientes que fazem tratamentos e ou devem manter o repouso absoluto no leito, e propõe ajuda-

los no posicionamento e ou massagem para alívio quando assim o preferirem, segundo as suas necessidades particulares.

Na UCI coronária, pude realizar a avaliação da dor através da escala numérica, de zero a dez, bem como da localização e demais características dessa dor, junto com os restantes sinais vitais, em pessoas conscientes. Também, com intuito de manter o bem-estar, dentro do exequível, “deve-se proporcionar um local tranquilo e silencioso e, no âmbito psicológico, orientar o paciente e os familiares, ouvir os seus medos e esclarecer sobre os procedimentos que serão realizados, tratamento e prognóstico (Mussi et al., 2007, citados por Santos e Piaggi, 2010). Neste sentido, tentei proporcionar um ambiente de cuidados o menos agressivo possível, facilitando as visitas da família, fomentando a privacidade com o uso dos cortinados entre as unidades dos clientes, ajustando os alarmes e as luzes, promovendo, deste modo, o bem-estar espiritual, físico, psicológico e social (OE, 2011e). Os clientes sujeitos a ventilação mecânica invasiva, fazem habitualmente sedo-analgésia em perfusão, ajustando-se a perfusão segundo a necessidade individual. A título de exemplo, o Sr. JB, de 79 anos, encontrando-se entubado orotraquealmente e conectado a prótese ventilatória, necessitava, como medidas farmacológicas de uma perfusão de midazolam 150mg + alfentanil 10mg a 7cc/h para estar aparentemente confortável, isto é, calmo, bem adaptado, sem esgar de dor, normocárdico e normotenso. Como medidas não farmacológicas era posicionado no leito, alternando decúbitos, recebia massagem de conforto, para melhorar a circulação; também recebia a visita da esposa, quem sempre estava a falar-lhe e, através de auscultadores, ouvia a música que, segundo a esposa, o Sr. JB mais gostava. Este último cuidado é suportado pela literatura, segundo a qual “o uso adequado da musicoterapia reduz o estresse e a ansiedade de pacientes com EAM, com efeitos inclusive na redução da pressão arterial, frequência cardíaca e no padrão respiratório” (Fontaine, 2007, citado por Ponte, 2011, p.130). Também a música, segundo Bergold e Alvim (2008)

promove benefícios relacionados ao bem-estar, integralidade e autonomia dos clientes que participam deste momento de cuidado, pois podem escolher a música que faz parte do seu universo cultural e do seu cotidiano, resgatando lembranças

positivas que lhe trazem a sensação de força para enfrentar os aspetos negativos da hospitalização.

#### **4.2. Intervir na gestão do ambiente de cuidados no âmbito do cuidado especializado à PSC, em particular à pessoa com EAM em fase aguda.**

Atenderei essencialmente às dimensões física e organizacional do ambiente, da classificação apresentada segundo Collière (1999), pelo que abordarei este objetivo nas perspetivas da prevenção e controlo da infeção, e da gestão do ambiente tecnológico de cuidados. Também, de algum modo, as dimensões relacional e até sociocultural, foram sendo abordadas, em particular ao falar sobre as questões de envolvimento da família.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, da Ordem dos Enfermeiros (2011e, p.5),

na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção, sendo elemento importante face à prevenção e controlo da infeção a capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo de infeção associado aos cuidados à PSC.

Para identificar fatores ambientais com possível impacto na segurança e conforto da PSC, em particular da pessoa com EAM em fase aguda, é prioritário que o enfermeiro especialista identifique as necessidades da PSC/família relacionadas com a prevenção e controlo da infeção, demonstrando conhecimento do PNCI e das diretivas das Comissões de Controlo de Infeção, e planeie intervenções na prevenção de infeção segundo o PNCI.

O PNCI tem por objetivo “reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), evitáveis, através da implementação de práticas basadas na evidência”, sendo a sua missão “melhorar a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de

saúde, através de uma abordagem integrada e multidisciplinar para a vigilância, a prevenção e o controlo das IACS” (DGS, 2007b).

As IACS constituem um importante problema de saúde pública, com sofrimento humano, com grande peso socioeconómico, e exigem ações efetivas de prevenção e controlo, “devem ser uma das componentes críticas de qualquer programa de segurança do doente (...) afetam um grande número de indivíduos em todo o mundo tendo consequências negativas para os doentes, suas famílias e para os sistemas de saúde” (Pina, Ferreira, Marques e Matos, 2010, p.27).

O enfermeiro especialista tem um papel fundamental na prevenção e controlo da infeção, demonstrando conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar. É referencia na equipa que cuida a PSC, estabelece os procedimentos e circuitos requeridos face às vias de transmissão da PSC, faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção, e monitoriza, regista e avalia as medidas implementadas nesta área (OE, 2010c, Art.º4º, alínea c).

Devido ao elevado número de procedimentos e ou dispositivos invasivos aos quais, frequentemente, a PSC é submetida, devem ser tomadas medidas para criar e implementar orientações de boas práticas de modo a minimizar o risco de desenvolver infeções relacionadas com estas técnicas.

As mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais comum na transmissão de microrganismos, já seja de um doente para outro, de um local do corpo para outro no mesmo doente, ou de um ambiente contaminado para o doente. Ante a inexistência de adequados cuidados de higiene das mãos, quanto maior é a duração da prestação de cuidados, maior será o grau de contaminação das mesmas. Assim, na prestação de cuidados a PSC, devido às graves limitações de tempo e pela carga de trabalho, o cumprimento das boas práticas só alcançava os 10 % (DGS, 2007b).

Neste sentido, a DGS (2007b, p.9) refere, várias linhas estratégicas de atuação nacional, para reduzir o problema das IACS, entre as quais

incentivar e promover o ambiente seguro nas unidades de saúde e as boas práticas de higienização, assumir as IACS como um indicador dos programas de qualidade e segurança, estabelecer indicadores e objetivos claros para a prevenção e controlo da infeção, desenvolver sistemas de vigilância epidemiológica que integrem os principais indicadores de qualidade de estrutura, de processo e de resultado, desenvolver políticas de racionalização na utilização de antimicrobianos, e promover meios e recursos que permitam o isolamento de doentes nas unidades de saúde e a utilização adequada do equipamento de proteção individual.

A DGS (2007b), adotando as principais linhas estratégicas já mencionadas, formula estratégias de intervenção que consolidam e se vinculam à atuação internacional, desenvolvendo estratégias de organização, de desenvolvimento individual e organizacional, de registo e monitorização, e de informação e comunicação, descrevendo atividades e metas a atingir para cada uma.

De entre as estratégias pró-ativas a implementar na prevenção e controlo da infeção, considero destacar, segundo o que vi valorizar ao longo do estágio, a intervenção na formação dos profissionais e em programas de motivação, a adoção de solução antisséptica de base alcoólica para a higiene das mãos como critério de referência, a utilização de indicadores de desempenho, assim como um forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo, desde administradores a prestadores de cuidados diretos. O enfermeiro especialista concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à PSC e ou falência orgânica, assim como também lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS à PSC e ou falência orgânica. Estes indicadores de competência do enfermeiro especialista integram a competência: “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2010c, Art.º4º, alínea c).

Nesta linha, na prestação de cuidados, destaco a minha sensibilização no cumprimento da norma de higienização das mãos. Este envolvimento, básico e desejável para todos os enfermeiros, para mim em particular, justifica-se por eu ser o

elo de ligação do meu serviço com o CCI do meu hospital, desde 2010. Tendo participado ativamente no Programa Higiene das Mãos, no contexto da Campanha Nacional de Higiene das Mãos, promovida pela DGS, e com carácter anual, através da implementação de ações de sensibilização e posterior observação dos profissionais, foi conseguido melhorar as taxas de adesão nos últimos anos.

O meu estágio, tanto em UCI como no SU, permitiu-me observar e consultar os protocolos do serviço e as diretrizes dadas pela CCI dos respetivos hospitais, adotando, eu, uma cultura de segurança. Apesar de muitas vezes, os enfermeiros, conhecerem os riscos a que estão expostos no ambiente de trabalho, nem sempre é suficiente para evitar a sua exposição. O uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI) encara determinadas barreiras relacionadas, segundo Neves, Souza, Medeiros, Ribeiro, e Tipple, (2011, p7.) com “aspetos organizacionais, gerenciais e relacionais que foram explicitados por estrutura física inadequada, disponibilidade e acessibilidade aos equipamentos de proteção, falta de rotinas, sobrecarga de trabalho, estresse, improvisação e desgaste nas relações de trabalho”. Neste sentido, na minha prática, percebendo a suscetibilidade e severidade dos riscos de exposição e do benefício do uso dos EPI, aderi sistematicamente à sua correta utilização – colocação e remoção –, convicta de assim poder contribuir para a prevenção e controlo de infeção.

A minha experiência profissional na prestação de cuidados à PSC, permitiu-me conhecer as recomendações do PNCI (DGS, 2004a, p.19.), o qual aconselha que

na aspiração de secreções se utilizem luvas clinicamente limpas, uma vez que não há evidência que o uso de luvas estéreis diminua a taxa de infeção e economicamente tem custos mais elevados. Excetuam-se os casos das pessoas imunodeprimidas graves e recém-nascidos quando se utiliza um sistema aspirativo aberto.

Em relação aos cuidados à PSC entubada orotraquealmente e conectada a prótese ventilatória, a pneumonia associada a ventilador (PAV) representa a maior causa de mortalidade em UCI, com prolongamento do internamento e um elevado custo adicional por episódio (Pina, Ferreira, Marques e Matos, 2010). Neste sentido, os

mesmos autores referem quatro recomendações propostas pelo Institute for Healthcare Improvement (2007), que refletem a prática baseada na evidência, e consistem na “elevação da cabeceira da cama a 30-45.º, interrupção diária da sedação com avaliação da possibilidade de extubação, profilaxia da úlcera péptica e da trombose venosa profunda” (Pina, Ferreira, Marques e Matos, 2010, p.29). Outros cuidados observados e praticados no meu estágio, que também seguem as recomendações da literatura e complementam as intervenções anteriormente descritas, são os cuidados de higiene oral com clorhexidina, a não substituição de circuitos respiratórios e filtros humidificadores por rotina (só nos casos de mau funcionamento ou recomendação do fabricante), não instilação, por rotina, de soro fisiológico no tubo endotraqueal para aspiração de secreções, manutenção da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20 e 30 mmHg e avaliação, por protocolo, do conteúdo gástrico (Pina, Ferreira, Marques e Matos, 2010).

Para mim, constituiu dificuldade, em sede de prevenção da infeção em UCI, a existência e utilização de cortinados como barreiras físicas para delimitar o espaço de um cliente aquando se encontrava em isolamento, devido à falta de unidades de isolamento indicadas. Esta situação permitiu-me aumentar a consciência, em relação ao meu comportamento, durante as intervenções na prestação de cuidados à pessoa/família com infeção, frente a dificuldades organizacionais.

Como já foi referido anteriormente, as UCI e também os SU destinam-se, frequentemente, ao restabelecimento ou estabilização da situação de saúde das pessoas, cuja vida pode estar em risco e, por isso, precisam estar dotados de recursos tecnológicos, físicos e humanos, adequados a esse fim. Também, representam um tipo de cuidados de saúde caracterizados pela ativa presença dos profissionais, da monitorização invasiva, e da ameaça à vida e ao bem-estar, conhecida pela PSC e família.

É atendendo a estas circunstâncias que, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista, procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou de falência orgânica” (OE, 2011e, p.4). Como elemento importante de satisfação da

PSC, relacionada com os cuidados de enfermagem especializados, destaco “o empenho do enfermeiro especialista, tendo em vista minimizar o impacto negativo na PSC, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde” (OE, 2011e, p.4). Enquadrando-se esta intervenção na competência: “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2010b, Art.º6º, alínea c), e como descritivo, “considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (OE, 2010b, Art.º6º, alínea c). Dai a necessidade de identificar os riscos no ambiente de cuidados e protocolos de atuação ou outras fontes de evidência científica sobre boas práticas, relacionados com a segurança da PSC e a gestão do ambiente de cuidados. Deste modo deve ser iniciada a avaliação das necessidades do cliente/família, através da realização de entrevista à PSC, em particular à pessoa com EAM em fase aguda e família, e da sua observação, para perceber de que forma o ambiente de cuidados pode e esta a ser agressivo. Neste sentido, Ponte (2011, p.126), refere: “observou-se o ambiente com vistas a identificar fatores que pudessem causar desconforto, (...) excesso de luminosidade; alarme de bombas infusoras, monitores e ventilador mecânico; odores desagradáveis (presença de doente internado, em estado grave, sem controle dos esfíncteres e séptico) ”.

Segundo as particularidades individuais planejaríamos as intervenções de enfermagem relacionadas com a gestão desse ambiente de cuidados, nas várias dimensões.

Quanto às queixas referidas pelos doentes, relacionadas com a dimensão física do ambiente de cuidados, Ponte, Silva, Aragão, Vilani, Guedes e Zagonel (2014, p.60) identificaram, por exemplo, diferentes preferências enquanto à iluminação e temperatura: “não gosto de luz acesa no meu rosto”, “eu estou com frio”, “preferiria ficar com os meus óculos por causa da claridade”, ou “o frio daqui é muito bom e ajuda a dormir”.

Em relação ao ambiente físico, nos contextos de estágio, as queixas relacionadas com o ruído dos alarmes, a monitorização, alterações da temperatura, ou as conversações de outros clientes agitados foram as mais frequentes, com comentários como “estou farta dessa música...quero ir para casa”, “está muito frio aqui”, “não consigo dormir com esse barulho”, “estou sempre a acordar com a braçadeira a apertar o braço”, “aqui cheira muito mal” (quando havia um doente perto com melenas) ou “esse Sr. não me deixa dormir”. O Sr. NL de 70 anos, com doença cardíaca desde há 25 anos, com numerosos internamentos em UCI, referia que “o que mais me incomoda não é o ruído, nem as visitas limitadas..., senão ver a equipa toda a correr para o mesmo local numa situação de urgência”. Tudo isto nos alerta para a importância da experiência prévia como cliente internado em UCI, porque “um espaço familiar para um, pode ser ameaçador para os outros” (Collière, 1999, p.309). Tanto os ventiladores, seringas infusoras e monitores, como os alarmes das várias telemetrias dos clientes da enfermaria, criam um ambiente que é preciso gerir apropriadamente. Com esse objetivo, são ajustados os limites dos alarmes adequando-os o mais possível às condições hemodinâmicas de cada cliente; mas existem um frequente número de situações nas quais as telemetrias alarmam, seja pelo mal contacto dos elétrodos de superfície, como o próprio cliente a desligá-la para autocuidar-se no banho ou por esgotamento da bateria. Assim, as intervenções do enfermeiro especialista, na dimensão física, estão relacionadas com o ajuste do ruído ambiente (volume de alarmes, das vozes, redução de conversas paralelas), e das condições da sua produção (fechando portas), adaptando ou reduzindo-o, quando as causas não podem ser eliminadas, assim como com o ajuste da iluminação excessiva, temperatura ambiente (por exemplo, oferecendo cobertores se a pessoa referir frio) e de odores desagradáveis.

Na dimensão relacional e organizacional, Prevost (2007) citado por Ponte (2011, p.129), refere que “a distração permite aos pacientes desviarem a atenção do foco de dor ou desconforto para algo mais agradável; entre as fontes de distração, citam-se conversar com o doente durante algum procedimento desconfortável”. Também Bisek (2007) citado por Ponte (2011, p. 129), refere ainda que “o uso do humor e riso em terapia intensiva alivia tensão e ansiedade”. Outra estratégia de cuidado de conforto, segundo Ponte (2011, p.129) é “a promoção de leitura para as doentes

capazes de fazê-lo, (...) para promover o lazer das pessoas internadas em terapia intensiva, pois não exige esforço e pode ser realizada no leito”, devendo também facilitar, dentro do possível, conservar objetos de valor sentimental para a pessoa, visando minimizar o impacto do ambiente de cuidados. Este é exemplo de um cuidado de manutenção, pois procura ajudar a alimentar a vida através dos objetos que lhe são familiares (Collière, 1999).

Para Cavalcanti e Coelho (2011), citados por Ponte (2011, p.115), “fatores como o confinamento a que o cliente se vê submetido, a distância de casa, a ausência de familiares, o desconhecimento do ambiente, o contato com pessoas estranhas e os equipamentos complexos são causas de ansiedade, preocupação e desconforto”. Na mesma linha, para Beccaria et al. (2008, p.65) a UCI “é considerada um ambiente hostil e invasivo. Portanto, o envolvimento da família com o paciente é importante para o processo de humanização, pois a presença da família junto ao ente querido contribui com o tratamento e para a sua recuperação”. Tanto o envolvimento familiar como o uso da música já foram referidos anteriormente como tendo efeitos benéficos na saúde das pessoas internadas, e enquanto atividades que procurei desenvolver sistematicamente, no âmbito da intervenção especializada.

A privacidade está mais limitada nos cuidados de higiene em situações de instabilidade hemodinâmica ou quando, apesar da estabilidade, não há indicação clínica para iniciar o levante, como já foi referido, após o EAM em fase aguda, pois a pessoa está sujeita à presença do enfermeiro. Esta queixa de invasão da intimidade também se manifesta em relação aos cuidados prestados na ajuda à eliminação, em pessoas muitas vezes jovens, auto suficientes nos cuidados de manutenção (Collière, 1999) até a entrada no hospital, e que não aceitam ou que não percebem a situação de saúde doença que estão a viver.

Neste sentido, como enfermeiro especialista possibilitei, quando exequível, a presença da família junto da pessoa, alargando o horário de visita, e facilitando informações telefónicas ao familiar de referência quando não conseguiu deslocar-se ao hospital. Também ofereci à família atenção e suporte dando informações sobre como seu familiar passou o dia, as intercorrências e outros acontecimentos. Pois,

para uns cuidados, é necessário um enfermeiro mais ativo, com orientações completas e frequentes à PSC e família, facilitando a permanência de alguns pertences junto da pessoa, para atenuar a ansiedade vivida, transmitindo a importância da presença da família na recuperação da pessoa doente (Beccaria et al., 2008). Posso referir a expressão de felicidade da esposa e do filho de um cliente a quem, após uma semana de evolução negativa pós EAM com sequelas de encefalopatia anóxica, foi solicitado trazer o gel de banho e desodorizante habitual do seu familiar, e que referiram ter proporcionado um sentimento de maior aproximação com o marido/pai. Também foi sugerido o uso de um *Ipad* a um cliente com EAM em fase aguda, com hábitos tabágicos muito acentuados, o que permitiu ajudar a distrair-se, procurando-se controlar a ansiedade e agitação motora, parecendo resultar.

A privacidade também é agredida, uma vez que as conversações entre o cliente/família podem ser ouvidos facilmente por outras pessoas devido à proximidade entre as unidades dos clientes. Leino-Kilpi et al. (2001), definem quatro tipos de privacidade: física, psicológica, social e informativa. A dimensão física, segundo Leino-Kilpi et al. (2001, p.665, tradução livre) citando a Lane (1990), “está estreitamente relacionadas com o conceito de espaço pessoal e territorialidade e é condição prévia para a privacidade”; agredida facilmente no ambiente de cuidados da PSC, foi com a utilização dos cortinados, que tentamos delimitar o espaço físico do cliente/família, e tentando ser um profissional do mesmo sexo que a PSC, a prestar cuidados na ajuda a eliminação (Lenardt, Hammerschmidt, Pívaro, e Borghi, 2007). Na dimensão psicológica, Leino-Kilpi et al. (2001, p.665, tradução livre) citando a Burgoon (1982) referem-se “à capacidade dos seres humanos para controlar as contribuições e resultados cognitivos e afetivos, para formar valores, e o direito de determinar com quem e em que circunstâncias irão compartilhar pensamentos ou revelar informações íntimas”. Existe uma agressão da dimensão psicológica, quando queremos conhecer as preocupações da pessoa com intuito de a ajudar, mas devemos procurar as necessidades do cliente de forma a não se sentir ferido. Na dimensão social, Leino-Kilpi et al. (2001, p.666, tradução livre) referem que “se tem privacidade na medida em que se é capaz de controlar as próprias ações, indiretamente, controlando as interações com outras pessoas” (Burgoon,

1982; Kelvin, 1973). No local de estágio, em entrevista com o cliente/família, tentei que só recebesse a visita das pessoas que queria ver, as quais iriam transmitir-lhe sentimentos de proteção, segurança e afeto. Leino-Kilpi et al. (2001, p.666, tradução livre), citando a Westin (1982), relacionam a dimensão informativa, com “o direito do indivíduo de determinar como, quando e em que medida as informações sobre o próprio serão divulgadas a outra pessoa ou organização”. Neste sentido, só pode ter acesso ao processo do cliente um determinado número de profissionais, mantendo a segurança de dados e registos.

O enfermeiro especialista “gere o risco a nível institucional ou das unidades funcionais” (OE, 2010b, Art.º6º, alínea c), deve desenvolver sistemas de trabalho para reduzir a probabilidade de erro humano e mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco; assim, no meu contexto de estágio, as medidas de segurança na administração de terapêutica pelos pares, incluem a identificação dos cateteres arterial/venoso, dos lumens dos cateteres, com indicação de qual a terapêutica a infundir, a correta identificação das seringas perfusoras, registo da data de colocação/remoção do cateter e das características do local de punção após a realização dos pensos e data de mudança do cateter periférico. Como medida de segurança para evitar danos, tanto a clientes como profissionais, era reportada qualquer ocorrência identificada que afetasse aos princípios de ergonomia e tecnológicos, para a gestão de risco, promovendo a prestação de cuidados em ambiente seguro, prevenindo também riscos ambientais.

Ao longo do estágio, tanto na UCI como no SU, pude constatar que, aparentemente, o cliente com EAM apresenta as mesmas queixas em relação com o ambiente de cuidados, que outra PSC/família internada com outro tipo de patologias nestas unidades de saúde, conhecidas tanto pela minha experiência profissional prévia, como pela pesquisa bibliográfica. Assim, Garrido, González e García (2007), revelam resultados de um estudo, o qual não incluía doentes com patologia coronária como motivo de internamento, identificando como fatores ambientais mais estressantes a presença de tubos no nariz e boca, dificuldade para dormir, ruídos e a sede. Também Silva, Machado, Fernandes e Salazar (2013, p.116) refere como

principais queixas emitidas no seu estudo “ficar olhando para o teto, com dificuldade para passar o tempo, não ter privacidade, não saber que dia é hoje e escutar o gemido de outros doentes”.

Não posso esquecer a linha de pensamento de Collière, que convida o enfermeiro a uma abordagem holística da pessoa pois, com o modelo biomédico, os cuidados de reparação tomaram o protagonismo quando afirma que, “os cuidados de enfermagem relegaram para segundo plano tudo o que tem um sentido de assegurar a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir” (Collière, 1999). É por este motivo que o enfermeiro, através das intervenções especializadas, deve encontrar o equilíbrio, harmonizando entre os cuidados de manutenção e de reparação, mesmo nos momentos em que estes últimos adquirem uma condição altamente diferenciada, como acontece frequentemente às pessoas em situação crítica, em particular à pessoa/família com EAM em fase aguda.

## **5. SÍNTESE DE APRENDIZAGENS E DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Este percurso de aprendizagem concretizou um espaço de reflexão, crescimento e construção, tanto pessoal como profissional, que propiciou o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, também de competências específicas do enfermeiro especialista em PSC, sempre articuladas com as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Formação. Neste sentido, de entre estas últimas competências considero ter desenvolvido e também demonstrado pelo relatório, a minha capacidade para a tomada de decisões, realização de julgamentos e resolução de problemas em situações novas, através do aprofundamento dos conhecimentos decorrentes do 1º ciclo de formação e também do autoaprendizagem.

O período de estágio, tanto em UCI como em SU, constituiu uma experiência importante de aprendizagem, possibilitando e estimulando a aquisição de conhecimentos, a reflexão sobre a prática de cuidados e a pesquisa de evidência científica, perspectivados sob o ponto de vista de um candidato a enfermeiro especialista. O desenvolvimento e a demonstração de competência compatíveis com as funções do enfermeiro especialista requer a possibilidade de prestar cuidados em contextos específicos, no caso, de cuidados altamente diferenciados, assentes na prática enquanto enfermeira de cuidados gerais e aprofundada pela observação, reflexão, pela utilização da evidência científica e ainda pela valorização da evidência proveniente da pessoa/família.

Os cuidados de enfermagem prestados ao longo do estágio, tanto em UCI como em SU, não foram apenas centrados na promoção do conforto e gestão do ambiente. Para além disto, prestei cuidados globais à PSC, gerais e especializados, subordinados ou de acordo com diversos indicadores de competência de enfermeiro especialista, quer do âmbito comum quer do especializado no cuidado àquele cliente. Mas não só, pois os cuidados de enfermagem prestados ao longo do estágio procuraram o particular de tornar confortável a adaptação da pessoa/família ao ambiente de cuidados. Foram avaliadas as necessidades individuais para a

promoção do conforto, considerando imprescindível o estabelecimento de ligações, através da comunicação, presença, empatia, escuta e confiança, favorecendo o desenvolvimento da pessoa, potenciando as suas capacidades para enfrentar oportunamente os fatores ambientais que colocam em risco a sua segurança e conforto.

Para atingir os objetivos definidos no início deste percurso académico de formação, foram planeadas e realizadas atividades que possibilitaram adquirir ou desenvolver competências, de entre as quais, considero ter ganho maior capacidade para:

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, identificando e respondendo de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, executando cuidados técnicos de alta complexidade, e demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida. A título de exemplo, pude assumir a responsabilidade integral da PSC, tanto em contexto de UCI como de SU, em particular no SO, assim como em experiências enriquecedoras na sala de reanimação, aperfeiçoando de forma metódica a avaliação sistematizada da PSC. Colaborei no planeamento e participei na efetivação do transporte inter-hospitalar em contexto de Via Verde AVC. De acordo com as experiências mencionadas neste relatório, diagnostiquei precocemente complicações decorrentes da administração de protocolos terapêuticos complexos e implementei respostas de enfermagem apropriadas, entre outras, através de manobras SAV, desenvolvendo cuidados de acordo com os conhecimentos e habilidades naquele âmbito. Pude ainda, face à complexidade clínica e terapêutica de alguns clientes, identificar, nomeadamente através do ECG, focos de instabilidade e responder de forma pronta e antecipatória, de modo a prevenir o agravamento.

A experiência do pré-hospitalar permitiu-me vivências muito ricas de aprendizagem num contexto não controlado, com características específicas para a pessoa/família, que me possibilitou a identificação e resposta pronta a focos de instabilidade, atuando eficazmente sob pressão, com execução de cuidados técnicos e colaboração nas decisões da equipa.

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Identifiquei as necessidades da PSC/família relacionadas com a prevenção e controlo de infeção, demonstrando conhecimentos do PNCI e das diretivas das CCI, e planeei intervenções na prevenção de infeção segundo o PNCI, cumprindo as orientações de boas praticas de modo a minimizar o risco de desenvolver infeções relacionadas com o elevado numero de procedimentos e ou dispositivos invasivos aos quais é submetido a PSC. Por exemplo, em contexto de SU, agi promovendo a privacidade da pessoa e a distância de segurança das macas para a manutenção de boas praticas no sentido da prevenção e controlo das IACS. Aderi, sistematicamente, à correta utilização dos equipamentos de proteção individual – colocação e remoção- para prevenir a infeção, diretamente, e indiretamente, para demonstrar conhecimentos e adoção de boas práticas, esperadas numa prática avançada de enfermagem, num profissional que se espera seja referência para a equipa e capaz de cumprir e fazer cumprir os procedimentos estabelecidos. Em relação aos cuidados à PSC entubada orotraquealmente e conectada a prótese ventilatória, cumpri as recomendações que refletem a pratica baseada na evidência para evitar a pneumonia associada ao ventilador. As dificuldades sentidas em sede de prevenção de infeção associada ao uso de cortinados em UCI, beneficiaram a minha aprendizagem, ao aumentar a consciência em relação ao meu comportamento, durante as intervenções na prestação de cuidados à pessoa/família com infeção, frente a dificuldades organizacionais.

- Criar e manter um ambiente terapêutico seguro. Avaliei as necessidades da pessoa/família para perceber de que forma o ambiente de cuidados estava a parecer constituir agressão, e planeei as intervenções adequadas para favorecer o desenvolvimento da pessoa, potenciando as suas capacidades para enfrentar oportunamente os fatores ambientais que pareciam colocar em risco a sua segurança e conforto e minimizar o seu impacto na PSC/família. Procurei que a minha atenção recaísse sobre as dimensões física, organizacional, social e relacional do ambiente do cliente. Ao procurar atender conjuntamente a estes aspetos que, no ambiente de cuidados, foram suscetíveis de desconfortar o

cliente/família, pude desenvolver capacidades para a identificação e resposta na gestão da dor e do bem-estar e na gestão da comunicação quer com o cliente quer com a família, privilegiando o respeito pelos seus direitos e singularidade, cultural e espiritual. Destaco o desenvolvimento de capacidades para a relação terapêutica, pois, sentindo alguma dificuldade na interpretação do observado, beneficiou a minha atitude adquirindo mais informação junto da PSC/família, com uma maior presença, procurando demonstrar empatia e vontade de não julgar, facilitando maior troca de informação com a PSC/família e mostrando o meu compromisso no processo de cuidados.

Promovi a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais da pessoa/grupo, envolvendo à família. A título de exemplo, uma cliente de religião islâmica recebia a visita da família depois da última oração do dia, ou um cliente testemunha de Jeová aceitou ser submetido a cirurgia cardíaca garantindo que seriam respeitadas as crenças, promovendo a sua segurança.

Fomentei a aplicação dos princípios de ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e clientes, reportando as incidências. Por exemplo, adotei medidas de segurança na administração de terapêutica pelos pares, incluindo a identificação dos cateteres arterial/venoso, dos lumens dos cateteres com indicação de qual a terapêutica a infundirmos, a correta identificação das seringas perfusoras, registo da data de colocação/remoção do cateter e das características do local de punção após a realização dos pensos, e data de mudança do cateter periférico. Como medida de segurança para evitar danos, tanto a clientes como profissionais, era reportada qualquer ocorrência identificada que afetasse aos princípios de ergonomia e tecnológicos, para a gestão de risco, promovendo a prestação de cuidados em ambiente seguro, prevenindo também riscos ambientais. Foram sempre atendidos os princípios éticos e deontológicos inerentes à enfermagem no intuito de garantir a qualidade e segurança nos cuidados prestados.

Como já foi referenciado, o privilégio da vigilância constante, para além de envolver alta tecnologia, envolve uma presença permanente de pessoas e movimento, de manipulações sucessivas e deste modo, pode trazer ao ambiente uma tonalidade

perturbadora. Considerando que o processo de cuidados atende e trabalha a partir dos elementos da situação e ainda, que o ambiente de cuidados é um desses elementos, o enfermeiro deve gerir esse ambiente no sentido de o tornar menos estranho ou mesmo menos agressivo para a pessoa.

A prestação de cuidados inclui “uma intervenção adequada e oportuna de conforto, com empatia e intenção de confortar” (Kolcaba, 2009, p. 254, tradução livre). É o enfermeiro, através das intervenções especializadas, quem deve encontrar o equilíbrio, harmonizando entre os cuidados de manutenção e de reparação (Collière, 1999), mesmo nos momentos – e em particular nestes – em que os cuidados de reparação adquirem uma condição altamente diferenciada, como acontece frequentemente tanto em contexto de UCI como de SU.

O enfermeiro, centrando as suas intervenções na pessoa/família, através duma prática de cuidados especializados suportada na reflexão e na evidência científica, pode atuar na gestão do agressivo ambiente de cuidados, minimizando o impacto na PSC e família, favorecendo a preservação da continuidade da vida, promotor das fontes de energia vital ou para que, pelo menos, constitua uma agressão menor para a PSC, promovendo um ambiente que contribua para a continuidade e desenvolvimento da vida.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dado que a situação de saúde grave, e que requer atendimento em SU e/ou UCI, altera o ambiente em que a pessoa habitualmente vive, restringindo-o ao ambiente de cuidados, torna-se necessário, em sede de um cuidado de enfermagem global e de qualidade, trabalhar as forças de vida atuando para diminuir a medida da agressão que, o ambiente de cuidados pode provocar. Algumas alterações, por vezes, chegam a ser observáveis, nos parâmetros vitais, ou com efeitos fisiológicos, como vasoconstrição periférica com incremento da pressão arterial e alterações do ritmo cardíaco, como já foi referido.

O enfermeiro, deste modo, procura gerir o ambiente de cuidados da PSC/família, visando minimizar o seu impacto, nas dimensões física, relacional, espiritual, sociocultural e organizacional (Collière, 1999). Este foi o cerne do projeto de estágio por mim desenhado e implementado e que este relatório procurou sintetizar e analisar.

Ao refletir sobre todo o processo efetuado posso concluir que o estágio foi fundamental para o sucesso das atividades planeadas e realizadas, as quais possibilitaram atingir os objetivos previamente desenhados.

Pela relevância do assunto e pela escassa literatura específica disponível, sugere-se o desenvolvimento de estudos focados na identificação dos impactos ambientais e a sua implicação no conforto da pessoa/família em diferentes situações de saúde doença, bem como no estudo de intervenções de enfermagem usadas na gestão deste ambiente para minimizar a sua agressão, e a avaliação dos ganhos resultantes na saúde das pessoas.

Este percurso académico de formação constituiu uma importante ferramenta de trabalho no meu crescimento tanto pessoal como profissional, com um contributo satisfatório para as aprendizagens e desenvolvimentos conseguidos.

Após esta etapa, espero continuar a investir no processo de aprendizagem, no meu percurso académico e profissional e otimizar as competências inerentes aos

cuidados de enfermagem especializados na PSC procurando manter sempre atualizada a minha competência profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atzema, C., Schull, M., Borgundvaag, B., Slaughter G. & Lee, C. (2006). Alarmed: adverse events in low-risk patients with chest pain receiving continuous electrocardiographic monitoring in the emergency department. A pilot study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 24 (1), 62 - 67. DOI: 10.1016/j.ajem.2005.05.015
- Beccaria, L.M. et al. (2008). Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arq Ciênc Saúde*, 15(2), 65-69. Acedido a Out. 12, 2013. Disponível em [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-2/id%20263.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/id%20263.pdf)
- Bergold, L., & Alvim, N. (2008). Visita musical: estratégia terapêutica fundamentada na teoria do cuidado transpessoal. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Acedido a Out.18, 2013. Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/index>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica*. Coimbra: Quarteto.
- Bettinelli, L.A. & Erdmann, A.L. (2009). Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. *Avances en enfermeria*, 27(1),15-21. Acedido a Dez. 15, 2013. Disponível em [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1\\_2.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_2.pdf)
- Carvalho, W.B., Pedreira, M. L. & de Aguiar, M.A. (2005). Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Jornal de Pediatria*, 81(6), 495-498. Acedido a Abr. 8, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n6/v81n6a15.pdf>
- Castro, L.B. & Ricardo, M.M. (1993). *Gerir o trabalho de projeto*. Lisboa: Texto Editora, LDA
- Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Cvach, M., Dang, D., Foster, J., & Irechukwu, J. (2009). Clinical alarms and the impact on patient safety. *Initiatives in Safe Patient Care*. 1-8. Acedido a Jun. 13, 2013. Disponível em <http://initiatives-patientsafety.org/Initiatives2%20.pdf>
- Direção Geral do Ensino Superior (2000). *Descritores Dublin*. Acedido em Abr.25, 2013. Disponível em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Direção Geral de Saúde (2003). *Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento*. Acedido a Abr. 25, 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2004a). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Acedido a Jan. 7, 2013. Disponível em <http://www.anes.pt/files/documents/default/682734572.pdf>

- Direção Geral de Saúde (2007b). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Acedido a Jan.7, 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>
- European Heart Network (2012). *European cardiovascular disease statistics 2012*. Acedido a Abr. 25, 2013. Disponível em <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>
- Garrido, N., González, M. & García, M. (2007). Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(4), 159-167. DOI: 10.1016/S1130-2399(07)74399-
- Gómez-Lodoño, E. (2008). El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico. Una perspectiva bioética. *Persona y bioética*, 12(2), 145-157. Acedido a Jan. 15, 2014. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/832/83211487006.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2013). Acedido a Mai. 5, 2014. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0003785&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003785&contexto=bd&selTab=tab2)
- Infarmed. (2004). Acedido a Out. 27, 2013. Disponível em [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=7455&tipo\\_doc=fi](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=7455&tipo_doc=fi)
- Janssen Biologics B.V. (2013). Acedido a Fev.15, 2014. Disponível em <http://www.janssenbiotech.com/assets/reopro.pdf>
- Kolcaba, K. (2009) Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.). *Middle range theories. Application to nursing research*. (2<sup>o</sup> ed.), 254-272.
- Leino-Kilpi et al (2001). Privacy: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 38(6), 663-671. Acedido a Jan. 30, 2014. Disponível em [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(00\)00111-5/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(00)00111-5/abstract)
- Lenardt, M.H., Hammerschmidt, K., Pívaro, A. & Borghi, A.C. (2007). Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(4), 737-745. Acedido a Jan. 30, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a19v16n4.pdf>
- Lowe, L.M. & Cutcliff, J.R. (2005). A concept analysis of comfort, In. Cutcliffe, J.R.; McKenna, H.P. *The essential concepts of nursing*, 51-64. Edinburgh: Elsevier.
- Lucchetti, G., Granero, A. & Avezum, A. (2011). Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. *Rev. Bras. Cardiol*, 24(1), 55-57. Acedido a Out. 12, 2013. Disponível em [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011\\_01/a\\_2011\\_v24\\_n01\\_07giancarlo.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf)
- Micaelo, F.J, Valente, J.P., Gonçalves, O.M. & Duarte, S. (2011). Reabilitação cardíaca... O papel do enfermeiro. *Revista de saúde Amato Lusitano*, 29, 21-25. Acedido a Fev. 18, 2014. Disponível em [http://www.ulscb.min-saude.pt/media/6325/artigo\\_revisao\\_2.pdf](http://www.ulscb.min-saude.pt/media/6325/artigo_revisao_2.pdf)

- Molina, J., Ronda, F.J., Sola, C., Pérez, M.C., Barón, F. & Egea, J.M. (2002). Mitos, creencias y temores en la cardiopatía isquémica. *Tempus vitalis. Revista internacional para el cuidado del paciente crítico*, 2(2), 36-50. Acedido a Jun. 22, 2013. Disponível em <http://remi.uninet.edu/2003/01/REMI0529.htm>
- Mussi, F.C., Pereira, A. (2010). Tolerância à dor no infarto do miocárdio: análise na perspectiva de gênero. *Acta Paul Enferm*, 23(1), 80-87. Acedido a Out, 12, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/13.pdf>
- Neves, H., Souza, A., Medeiros, M., Munari, D., Ribeiro, L. & Tipple, A. (2011). Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 354-361. Acedido a Out. 12, 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_18.pdf)
- Nightingale, F. (1859/2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido a Abr. 25, 2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2008a). *Dor. Guia orientador de boa prática*. Acedido a Mai. 10, 2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a Jan. 13, 2013. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Acedido a Jan. 13, 2013. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011d). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Acedido a Mai. 20, 2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2011e). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Acedido a Mai. 10, 2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Enfermedades cardiovasculares*. Acedido a Abr. 25, 2013. Disponível em [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/about\\_cvd/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/)

- Passos, S. & Sadigusky, D. (2011). Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. *Revista de enfermagem UERJ*, 19(4). 598-603. Acedido a Jun., 15, 2013. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a16.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10. 27-39. Acedido a Jan. 15, 2013. Disponível em <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/13189856/S300/>
- Ponte, K. (2011). *Tecnologias do cuidado clínico de enfermagem para o conforto de mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio*. Dissertação de mestrado. Apresentada na Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. Acedido em Nov. 12, 2013. Disponível em [http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/keila\\_maria\\_de\\_azevedo\\_ponte.pdf](http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/keila_maria_de_azevedo_ponte.pdf)
- Ponte, K., Silva, L., Aragão, A., Guedes, M. & Zagonel, I. (2014). Cuidado clínico de enfermagem para conforto de mulheres com infarto agudo do miocárdio. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(1), 56-64. Acedido a Abr. 10, 2014. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71430666007>
- Prado, L.B., Rodríguez, S.F. & Blanco, M.A. (2010). Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2).44-51. Acedido a Mar. 5, 2013. Disponível em <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf06210.pdf>
- Rubert, R., Long, L. & Hutchinson, M. (2007). Creating a healing environment in the ICU. *Critical care nursing: Synergy for optimal outcomes*, 27-39. Acedido a Abr. 25, 2013. Disponível em [http://www.jblearning.com/samples/0763738638/38638\\_CH03\\_027\\_040.pdf](http://www.jblearning.com/samples/0763738638/38638_CH03_027_040.pdf)
- Santos, J., Aguiar, C., Gavina, C., Azevedo, P. & Morais, J. (2009). Registo nacional de síndromes coronárias agudas: sete anos de atividade em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Acedido a Abr. 25, 2013. Disponível em <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/1146.pdf>
- Santos, J.C. & Piaggi, L.F. (2010). Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, (2), 43-51. Acedido a Out. 15, 2013. Disponível em [http://revistasauade.unipam.edu.br/documents/45483/173118/percepcao\\_do\\_enfermeiro\\_sobre\\_o\\_atendimento\\_ao\\_pacient\\_e.pdf](http://revistasauade.unipam.edu.br/documents/45483/173118/percepcao_do_enfermeiro_sobre_o_atendimento_ao_pacient_e.pdf)
- Silva, L., Machado, R., Fernandes, V.M. & Salazar M.B. (2013). Estresse do paciente em UTI: visão de pacientes e equipe de enfermagem. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 104-118. Acedido a Nov. 13, 2013. Disponível em [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt\\_docencia1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_docencia1.pdf)

Silveira, R., Lunardi, V., Lunardi, W. & Oliveira, A.M. (2005). Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto & Contexto - Enfermagem*, (14), 125-130. Acedido a Dez. 17, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a15v14nspe.pdf>