



Escola Superior  
Saúde  
Santa Maria

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADAS NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO  
EM CONTEXTOS DIFERENCIADOS: A GESTÃO DA  
DOR NO CLIENTE COM ENFARTE AGUDO DO  
MIOCÁRDIO**

Márcia Cristina Pacheco Carneiro

Outubro de 2023

Porto



Escola Superior  
Saúde  
Santa Maria

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADAS NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO  
EM CONTEXTOS DIFERENCIADOS: A GESTÃO DA  
DOR NO CLIENTE COM ENFARTE AGUDO DO  
MIOCÁRDIO**

Márcia Cristina Pacheco Carneiro

Relatório de estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no ramo à Pessoa em Situação Crítica orientado pela Professora Doutora Cristina Pestana e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Outubro de 2023

Porto

“Não há dores eternas, e é da nossa miserável condição não poder deter nada que o tempo leva, que o tempo destrói: nem as dores mais nobres, nem as maiores.”

Florbela Espanca

## **AGRADECIMENTOS**

O conhecimento só existe quando é partilhado. Aprender com os nossos pares é a melhor forma de crescer a nível pessoal e profissional, todo este percurso foi uma das fases de maior realização que resultou de todo o meu esforço, mas com o apoio e motivação dos que cruzaram comigo neste processo, estou imensamente grata e com a consciência que só assim consegui chegar aqui.

Em primeiro lugar, o agradecimento vai para a minha Mãe, que mesmo não estando cá fisicamente comigo, foi sempre a impulsionadora de todo este meu percurso pela Enfermagem. Sendo ela uma vítima desta doença, não tendo eu feita a diferença na gestão da sua dor, de que agora tenho consciência, espero fazer a diferença nos que possam futuramente cruzar comigo.

Expresso o meu sincero agradecimento aos Enfermeiros Tutores João Carlos Silva, Carla Coelho e Ricardo Conceição por todo o conhecimento partilhado, disponibilidade e dedicação, facilitando desta forma o meu processo de aprendizagem ao longo desta jornada.

À Docente Cristina Pestana pela disponibilidade demonstrada na orientação deste relatório.

Aos colegas da UCIP e UCIC pela forma como me receberam. E aos meus colegas do SU que sempre me apoiaram e incentivaram a continuar.

Ao meu namorado, que embarcou nesta aventura comigo. Ao meu irmão, aos meus afilhados, à restante família, e amigos que são como família que estão sempre lá para mim, compreendendo todas as minhas ausências.

O meu sincero agradecimento a todos.

## **CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AVC - Acidente Vascular Cerebral;

BIS - Índice Bispectral;

BPS - Behavioral Pain Scale;

CA - Cateter Arterial;

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro;

CH - Centro Hospitalar;

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CVC - Cateter Venoso Central;

DGS - Direção-Geral da Saúde;

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio;

EAMcSST - EAM com Elevação do Segmento ST;

EAMsSST - EAM sem Elevação do Segmento ST;

ECDC - European Centre for Diseases Prevention and Control;

ECG - Eletrocardiograma;

EE - Enfermeiro Especialista;

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

EFIC - European Federation of Pain;

EN - Escala Numérica;

EPI - Equipamentos de Proteção Individual;

ESC - European Society of Cardiology;

ESCID - Escala de Condutas Indicadoras de Dolor;

ESSSM - Escola Superior de Saúde de Santa Maria;

FLACC - Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability;

HLS - Hospital Logistics System;

HTA - Hipertensão Arterial;

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;

IASP - International Association for the Study of Pain;

ICN - International Council of Nurses;

ICP - Intervenção Coronária Percutânea;

INE - Instituto Nacional de Estatística;

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica;

ITLS - International Trauma Life Support;

KPC - Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase;

MRSA - Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

OECD - Organization for Economic Co-operation and Development;

OM - Ordem dos Médicos;

PAI - Pneumonia Associada à Intubação;

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia;

PBCI - Precauções Básicas do Controlo de Infeção;

PIC - Pressão Intracraniana;

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes;

PPC - Pressão de Perfusão Cerebral;

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;

PRM - Plano de Resposta a Multivítimas;

PSC - Pessoa em Situação Crítica;

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica;

SCA - Síndrome Coronária Aguda;

SNS - Serviço Nacional de Saúde;

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos;

SpO2 - Saturação Periférica de Oxigênio;

SU - Serviço de Urgência;

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos;

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários;

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes;

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana;

VV - Vias Verdes;

VVC - Via Verde Coronária;

WHO - World Health Organization.

## RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

Este relatório de estágio foi elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC), com o título "Desenvolvendo competências especializadas no cuidado ao doente crítico em contextos diferenciados: A gestão da dor no cliente com enfarte agudo do miocárdio." Neste relatório é descrito e analisado de forma reflexiva e fundamentada, o percurso formativo, em particular no decurso dos ensinamentos clínicos, em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), bem como as experiências profissionais ao longo do meu exercício profissional no Serviço de Urgência (SU), destacando as aprendizagens e experiências que permitiram o desenvolvimento e aprofundamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), assim como as competências de Mestre.

Está organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo, é apresentada uma revisão do estado da arte que se centra no cuidado especializado na gestão da dor em clientes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), desde um SU, à UCIP e posteriormente à UCIC, onde são prestados cuidados diferenciados a doentes com esta patologia, serviços onde desenvolvi o estágio.

Esta escolha teve um carácter pessoal, uma vez que trabalho num SU onde frequentemente presto os primeiros cuidados a esses doentes. Considerei importante compreender melhor a abordagem especializada a estes clientes, com a finalidade de prestar cuidados diferenciados com maior segurança e qualidade.

No segundo capítulo, são descritas e analisadas as atividades e competências desenvolvidas, com ênfase nas competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE). No terceiro capítulo são destacadas as competências específicas do EEEMC, no ramo dos cuidados à PSC; por último, no quarto capítulo são abordadas as competências de Mestre. Como metodologia, utilizou-se a descritiva-reflexiva, baseada na mais recente evidência científica, nos referenciais da profissão e nos documentos legais. Esta abordagem proporcionou uma visão detalhada das diferentes atividades e competências desenvolvidas, permitindo consolidar o percurso de Especialista e Mestre.

**Palavras-chave:** enfermagem; enfermeiro especialista; pessoa em situação crítica; gestão da dor; enfarte agudo do miocárdio.

## ABSTRACT AND KEYWORDS

This internship report was prepared to obtain the degree of Master and Specialist in Medical-Surgical Nursing, in the care of the critically ill person, with the title "Developing specialised skills in the care of the critically ill patient in different contexts: Pain management in the client with acute myocardial infarction." This report describes and analyses, in a reflective and reasoned manner, my training, particularly during my clinical training in the Multipurpose Intensive Care Unit and Coronary Intensive Care Unit, as well as my professional experiences in the Emergency Department, highlighting the learning and experiences that allowed me to develop and deepen the common and specific competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, as well as the competences of a Master.

It is organised into four chapters. The first chapter presents a review of the state of the art, focusing on specialised care in pain management for clients with acute myocardial infarction, from the Emergency Department to the Multipurpose Intensive Care Unit and then to the Coronary Intensive Care Unit, where differentiated care is provided to patients with this pathology.

This was a personal choice, as I work in an Emergency Department where I often provide the first care to these patients. I felt it was important to better understand the specialised approach to these clients in order to provide differentiated care with greater safety and quality.

In the second chapter, the activities and competences developed are described and analysed, with an emphasis on the common competences of the Specialist Nurse. The third chapter emphasises the specific competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the care of the critically ill person; finally, the fourth chapter discusses the Master's competences. A descriptive-reflective methodology was used, based on the latest scientific evidence, the profession's benchmarks and legal documents. This approach has provided a detailed overview of the different activities and competences developed, allowing us to consolidate the path of Specialist and Master.

**Keywords:** nursing; specialised nurse; person in a critical situation; pain management; acute myocardial infarction.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
1. CONTEXTUALIZAÇÃO: CUIDADO ESPECIALIZADO NA GESTÃO DA DOR NO CLIENTE COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO .....	8
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	27
2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL .....	27
2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE .....	35
2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS.....	43
2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS....	51
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	54
3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA .....	55
3.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO .....	71
3.3. MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS .....	77
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	84
CONCLUSÃO.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	93
ANEXO I - ANÁLISE DOS DADOS AO QUESTIONÁRIO SOBRE A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DA UCIC EM RELAÇÃO À GESTÃO DA DOR NO CLIENTE COM EAM.....	105

## INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio está inserido no mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM), em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Este curso prevê a realização de 90 ECTS divididos em três semestres. O mesmo foi acreditado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior a 14/10/2020, e com o parecer favorável da OE a 7/10/2020 (Despacho n.º 10960/2020).

A ESSSM através do Regulamento n.º 464/2022, no artigo 2.º, confere o grau de Mestre aos estudantes que, através da aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos e da aprovação no ato público de defesa da dissertação, do trabalho de projeto ou do relatório de estágio, tenham obtido o número de créditos ECTS fixado. Tendo já obtido aprovação de todas as unidades curriculares anteriores, este relatório foi elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o título “Desenvolvendo competências especializadas no cuidado ao doente crítico em contextos diferenciados: A gestão da dor no cliente com enfarte agudo do miocárdio”. Posteriormente, será realizada uma defesa deste trabalho em ato público.

Trata-se de um relatório de estágio, sendo que este integrou os ensinamentos clínicos em UCIP conforme plano de estudos, e o ensino clínico de Opção numa UCIC de um hospital central do grande Porto. Já o ensino clínico num SU Polivalente foi-me creditado ao abrigo do Regulamento do Processo de Creditação da ESSSM, n.º 175/2021 publicado em Diário da República n.º 79, II série de 1 de março de 2021.

Como tema a aprofundar no contexto do estágio de Opção, decidi pelo cuidado especializado na gestão da dor no cliente com EAM, pois esta patologia é uma das doenças que causa maior mortalidade no mundo, sendo a dor torácica um dos sintomas mais característicos desta doença.

Trabalhando eu num SU Polivalente (de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 um SU Polivalente é aquele com o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta em variadas valências), realizo a Triagem de Manchester, sendo por isso essencial ter o melhor conhecimento para compreender a apresentação que a dor torácica pode ter, diferenciando muitas vezes a dor

cardíaca da não cardíaca, o que é importante para antecipar focos de instabilidade da PSC e intervir de forma diferenciada de modo a prevenir o agravamento da situação e promover a reversão da mesma.

Desta forma, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos teórico-práticos na gestão da dor nos doentes com EAM em diferentes contextos como as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), nomeadamente, na UCIP e na UCIC, sendo estes serviços que darão continuidade aos cuidados especializados ao doente que entra no SU.

Assim, a dor é, sem dúvida, um foco de atenção de Enfermagem, e a Ordem dos Enfermeiros (OE) diz que, sempre que se preveja a ocorrência de dor, ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (OE, 2008).

Na dor cardíaca a gestão de cuidados deve ocorrer em tempo útil, e não apenas centrada na redução para níveis aceitáveis de dor, mas sim no impedimento do agravamento da condição que lhe deu origem. Deve então centrar-se no controlo da dor torácica, na identificação precoce da isquemia do miocárdio e no reconhecimento de complicações, promovendo o acesso ao tratamento definitivo, sendo primordial para a sobrevivência da pessoa com EAM (Carlton et al., 2015; Underwood et al., 2009, as cited in Silva et al., 2019). Esta é uma problemática que se enquadra nas competências do EEEMC à PSC, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica (Regulamento nº 429/2018).

O objetivo deste relatório é analisar de forma crítica todo o percurso de aprendizagem ocorrido durante o curso, em particular no decurso dos ensinamentos clínicos e do exercício profissional no SU, destacando as competências comuns e específicas do EEEMC, especialmente no que diz respeito aos cuidados prestados à PSC, assim como as competências de Mestre.

Como metodologia a ser utilizada foi a descritiva-reflexiva, adotando por base uma pesquisa bibliográfica com a melhor evidência científica, os referenciais da profissão e a legislação vigente. No que se refere à área de Opção, pretendo realizar uma revisão de literatura tradicional, nomeadamente, uma revisão do estado da arte de modo a apoiar a minha prática com essa evidência. Para isso, recorri assim, às bases de dados como a EBSCO, PubMed, Mendeley, RCAAP, SciELO e B-on, usando ainda publicações em

Diário da República, Direção Geral da Saúde (DGS), OE, European Society of Cardiology (ESC) e World Health Organization (WHO).

Do ponto de vista estrutural, este relatório divide-se em quatro partes. No primeiro capítulo, é abordada a temática escolhida por mim para o projeto de autoformação desenvolvido no decurso do Estágio de Opção, que se centra no cuidado especializado na gestão da dor em clientes com EAM, com enfoque na sua implementação desde um SU, à UCIP e posteriormente à UCIC. No segundo capítulo, são descritas e analisadas criticamente as atividades e competências desenvolvidas ao longo do curso e exercício profissional, com base nas competências comuns do EE e no terceiro capítulo, as competências específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC; por último, no quarto capítulo serão abordadas as competências de Mestre desenvolvidas.

Neste relatório são utilizadas as normas de formatação de dissertações de mestrado da ESSSM. As referências bibliográficas e as citações são efetuadas segundo as normas APA 7.º edição, ambas publicadas em 2023 na plataforma da escola.

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO: CUIDADO ESPECIALIZADO NA GESTÃO DA DOR NO CLIENTE COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO**

As doenças cardiovasculares são consideradas a principal causa de morte no mundo. Estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram de doença cardiovascular em 2019, representando 32% de todas as mortes globais. Dessas mortes, 85% foram devido a EAM e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (WHO, 2021). A ESC, também considera que a doença cardiovascular é a causa de morte mais comum na Europa, sendo responsável por mais de quatro milhões de mortes por ano. Isto corresponde a 45% do número total de mortes (ESC, 2023).

Em 2018, a taxa de mortalidade prematura evitável padronizada pela idade em Portugal foi de 138,3 por 100.000 habitantes, sendo que surgem como a segunda causa de doenças com mortalidade prematura evitável, as doenças isquémicas cardíacas (DGS, 2022b).

Desta forma, as doenças cardiovasculares mantêm assim, atualmente, uma alta incidência e com consequências nocivas para a saúde. Existem vários fatores de risco que podem ser agrupados em quatro grupos, os não modificáveis (a idade, o género masculino e a hereditariedade), os modificáveis (Hipertensão Arterial (HTA), obesidade, diabetes e doença renal), comportamentais (tabagismo, sedentarismo, má nutrição e excesso de consumo de álcool) e psicossociais (depressão, ansiedade e stress) (Alves & Sampaio, 2020).

A DGS (2017a), através do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares tem como missão reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis com particular enfoque na HTA e dislipidemia, e também, garantir a terapêutica adequada nos eventos críticos, de EAM e AVC, através de um envolvimento entre instituições que promova a utilização das Vias Verdes (VV), garantindo assim uma diminuição no risco de óbito antes da admissão hospitalar.

O primeiro sintoma de doença coronária é a dor torácica, com uma duração maior ou igual a 20 minutos, com uma intensidade das mais fortes sentidas, sendo necessário fazer o seu enquadramento, percebendo as situações em que agrava ou diminuí a intensidade, assim como perceber a localização e se tem irradiação. Estas informações são importantes para o diagnóstico das várias apresentações de cardiopatia isquémica, nomeadamente a

Síndrome Coronária Aguda (SCA) (Alves & Sampaio, 2020). Esta informação também é corroborada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2023b), onde é afirmado que a dor torácica forte e intensa é o sintoma mais frequente, mas evidenciando que no EAM pode fazer-se acompanhar de outros sinais como, a dor abdominal, que se pode estender para os braços, costas e maxilar, as náuseas e vômitos, suores, dispneia e tonturas. Estes sintomas, normalmente, duram mais de 20 minutos, mas também podem ser intermitentes. Podem também ocorrer de forma repentina ou gradualmente (SNS, 2023b).

As SCA estas podem ser divididas na angina instável, EAM sem Elevação do Segmento ST (EAMsSST) e EAM com Elevação do Segmento ST (EAMcSST). Na angina instável, contrariamente ao EAMcSST, não ocorre necrose do miocárdio e por isso não há elevação dos biomarcadores e os doentes não são, por isso, candidatos a terapias de reperfusão emergentes (Alves & Sampaio, 2020).

Segundo a quarta definição universal de EAM da ESC (2018), este pode ser considerado quando há lesão aguda do miocárdio, evidenciando uma clínica de isquemia aguda do miocárdio e com uma subida e/ou descida dos valores de troponina cardíaca com, pelo menos, um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência e com, pelo menos, um dos seguintes critérios:

- *“Sintomas de isquemia do miocárdio;*
- *Alterações isquémicas de novo no Eletrocardiograma (ECG);*
- *Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG;*
- *Evidência imagiológica de perda de miocárdio viável de novo ou de alterações da motilidade segmentar de novo num padrão compatível com uma etiologia isquémica;*
- *Identificação de um trombo coronário através de angiografia ou de autópsia”* (ESC, 2018, p.5).

A taxa de mortalidade por EAM é significativa e representou 3,8% da mortalidade total e quase 60% das mortes por doenças isquémicas do coração em 2019, apesar da diminuição de 7,5% no número de óbitos em relação ao ano anterior (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2021).

O EAM é considerado uma emergência médica, apresentando uma maior incidência em pessoas do sexo masculino, o que é corroborado com os dados do SNS, que nos dizem que, em 2022, 81% dos registados eram homens (SNS, 2023a).

Um estudo realizado a mulheres com EAMcSST evidencia que estas, quando submetidas à Intervenção Coronária Percutânea (ICP), comparativamente ao sexo masculino, apresentam maiores taxas de mortalidade. Contudo, a fragilidade biológica relacionada ao sexo não é um fator prognóstico independente para mortalidade. Desta forma, a maior mortalidade das mulheres pode ser explicada pelo facto de as mulheres serem mais velhas e apresentarem pior perfil cardiovascular (Oliveira et al., 2023).

Falando da gestão da dor no doente com EAM importa clarificar alguns conceitos, nomeadamente o de dor. Recentemente, a International Association for the Study of Pain (IASP) realizou uma revisão da definição de dor, aprimorando-a com base em diversos contributos, incluindo as pessoas que sofrem de dor e os seus cuidadores. O objetivo desta revisão é transmitir as nuances e a complexidade da dor, na esperança de que isso leve a uma melhor avaliação e gestão das pessoas com dor. Assim, dor é considerada “*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos*”. Nesta revisão, foram adicionados seis pontos-chave à definição da dor, proporcionando assim um contexto mais amplo e uma perspetiva mais enriquecedora sobre o assunto (IASP, 2020, s.p.), são eles:

- *“A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada em diferentes graus/níveis por fatores biológicos, psicológicos e sociais.*
- *A dor e a nociceção são fenómenos distintos. A dor não pode ser inferida apenas pela atividade em neurónios sensoriais.*
- *O conceito de “dor” é algo que os indivíduos aprendem ao longo das suas experiências de vida.*
- *O relato de uma pessoa sobre uma experiência como sendo uma de dor deve ser respeitado.*
- *Embora a dor geralmente tenha um papel adaptativo, pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.*

- *A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos possíveis para expressar a dor; a incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de que um ser humano ou um ser vivo não humano sinta dor.”*

Já em 2003, a DGS, através da circular normativa nº 9 de 14 de junho considerava então, a dor como 5º sinal vital, defendendo que a dor e os efeitos da terapêutica instituída devem ser valorizados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, na abordagem das pessoas que sofram de dor aguda ou crónica, utilizando para tal as escalas validadas internacionalmente. Portanto, o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (DGS, 2003).

Para uma adequada gestão da dor, é fundamental a sua avaliação. Assim, existe uma mnemónica PQRSST, onde P são os fatores precipitantes, Q a qualidade da dor, R região e irradiação da dor, S severidade monitorizada por escalas e o T de tempo, em que é importante perceber como surgiu, se de forma repentina ou gradual, contínua ou intermitente. Esta avaliação deve ser um processo sistematizado e uniformizado (Alves & Sampaio, 2020).

A prestação de cuidados às pessoas com dor é idealmente baseada numa abordagem interdisciplinar, alinhada com a individualidade de cada doente. Esta abordagem interdisciplinar tem como objetivo a identificação do diagnóstico, objetivos de tratamento e planos que incluem acompanhamento e uma revisão. Este cuidado integrativo da dor é definido como a integração cuidadosamente planeada de vários tratamentos baseados em evidências, oferecidos a um indivíduo que sofre de dor guiado por mecanismos coordenados temporalmente (IASP, 2023).

Assim a dor é, sem dúvida, um foco de atenção de Enfermagem essencial, devendo a sua avaliação ser realizada, de forma regular e sistemática, com registo em local próprio do processo clínico. Deve-se privilegiar o autorrelato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas, assim os instrumentos de autoavaliação devem ser favorecidos considerando a ordem de prioridade, de acordo com a condição clínica do doente. A aplicação de escalas de autoavaliação implica instrução e ensino prévios. Deve ser assegurado que o doente compreende corretamente o significado e utilização da escala. Na impossibilidade de utilizar os instrumentos de autoavaliação aplica-se os instrumentos de heteroavaliação. A

escala utilizada para um determinado doente deve ser sempre a mesma, a não ser que haja alteração do estado clínico (OE, 2008).

A OE (2008) preconiza a utilização de instrumentos de autoavaliação, considerando a ordem de prioridade, a escala visual analógica, Escala Numérica (EN), escala de faces e a escala qualitativa. Sendo que na EN o doente é solicitado a quantificar a sua dor numericamente numa escala de 0 até 10. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que o 0 corresponde a classificação “Sem dor” e a 10 “Dor Máxima”, os demais números representam intensidades intermediárias da dor (OE, 2003).

Na escala qualitativa, solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com expressões. A expressão selecionada deve ser assinalada em espaço próprio para registo. Esta escala é aplicada como alternativa em doentes incapazes de classificar com a EN, nomeadamente os doentes com baixo nível educacional ou dificuldade na interpretação e compreensão da EN devido à necessidade de domínio de conceitos aritméticos (OE, 2003).

Avaliar a dor nas crianças pré-verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utiliza-se as escalas de heteroavaliação (OE, 2008). Um exemplo dessas escalas é a escala da dor Doloplus, uma escala multidimensional que avalia as repercussões somáticas, psicomotoras e psico-sociais da dor crónica. A pontuação obtida no subgrupo repercussões somáticas é a mais sugestiva de presença de dor. Já a Escala *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) é um instrumento de avaliação com o objetivo de avaliar comportamentos de dor aguda e crónica em adultos idosos com demência. (OE, 2008).

Nas crianças até aos 19 anos pode ser aplicada a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) para avaliação da dor aguda, sendo é de fácil aplicação (OE, 2008).

Porém, nos doentes sedados e que não respondem, ainda não está preconizado um instrumento, mas já são utilizadas algumas escalas comportamentais, como a *Behavioral Pain Scale* (BPS) ou a *Escala de Condutas Indicadoras de Dolor* (ESCID), sendo realmente importante que a dor seja realmente monitorizada e avaliada para que sejam implementadas medidas de controlo e alívio do desconforto (Alves & Sampaio, 2020).

O Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos recomenda (2023, p. 40-41):

- *“O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o “gold standard” para a avaliação da dor e resposta à analgesia;*
- *O uso da EN é recomendado para avaliar a dor em doentes que comunicam;*
- *A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a BPS;*
- *A avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos e sempre que se justifique;*
- *A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos);*
- *A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (ex. posicionamentos);*
- *A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (ex. aspiração de secreções endotraqueais);*
- *A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso;*
- *A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica;*
- *A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto;*
- *Após a avaliação da dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais.”*

A importância da dor, particularmente no que se refere à dor aguda, é um facto de que constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Por outro lado, a dor, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de comorbilidades, podendo conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso e prejudicar a estabilização hemodinâmica destes doentes. É de salientar também que um dos fatores importantes de agravamento é a ansiedade, que se associa ao medo e a sensações de desconforto, mal-estar. (DGS, 2008; Dias, 2018).

A gestão e o controlo da dor compreendem as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. Assim a OE no Guia orientador de boa prática - Dor publicado em 2008 (p.17-18), recomenda:

- *Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objetivos da pessoa;*
- *Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração;*
- *Envolver a pessoa / cuidador principal / família / na definição e reajustamento do plano terapêutico;*
- *Ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis;*
- *Conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas;*
- *Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica;*
- *Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;*

- *Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;*
- *Conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas;*
- *Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica;*
- *Selecionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.*

As intervenções não farmacológicas devem ser alvo de interesse, especialmente, à profissão de Enfermagem no processo de cuidar. Estas intervenções são indicadas para a prevenção e diminuição da dor durante procedimentos relacionados com a dor aguda. Possuem eficácia comprovada e apresentam baixo risco para os doentes, assim como baixos custos. (Silva et al., 2019; Costa, 2020).

Existem vários tipos de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, que se podem agrupar em três grandes grupos, sendo eles cognitivo-comportamental, físico e o suporte emocional (OE, 2008).

Sendo que no grupo cognitivo-comportamental existem a terapia cognitiva/comportamental, reestruturação cognitiva, treino de habilidades de *coping*, técnicas de relaxamento com imaginação e a distração. Já no grupo das intervenções não farmacológicas físicas podemos encontrar a aplicação do frio e/ou calor, imobilização, massagem, estimulação elétrica transcutânea, a acupuntura e a osteopatia. Em relação ao grupo do suporte emocional passa pelo toque terapêutico, o conforto, entre outras (OE, 2008; Costa, 2020).

Segundo as Recomendações de 2017 da ESC para o tratamento do EAMcSST é crucial o alívio da dor nos doentes com SCA não só para proporcionar conforto, mas também porque a dor pode ativar o sistema nervoso simpático, causando vasoconstrição dos vasos sanguíneos proporcionando um bloqueio do fluxo sanguíneo.

Estas recomendações são corroboradas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) no Manual de Suporte Avançado de Vida em 2020, evidenciando a importância da gestão da dor não só para conforto do doente, mas porque a dor está associada a hiperatividade simpática, a qual provoca vasoconstrição e aumenta o trabalho cardíaco.

Como intervenções farmacológicas, os opióides intravenosos titulados, como a morfina, são os analgésicos mais comumente usados neste contexto. No entanto, a morfina pode ter uma absorção mais lenta, atrasando o início da ação e reduzindo a eficácia de alguns medicamentos antiplaquetários orais, o que pode levar a complicações precoces no tratamento em certos casos (ESC, 2017). O INEM mostra que a morfina é o analgésico de escolha e o mais usado, pois, além do efeito analgésico tem um ligeiro efeito sedativo. Porém, também afirma que o uso da morfina está associado a menor absorção, atrasa o início de ação e reduz a eficácia dos antiagregantes plaquetares, por isso, não deve ser usada por rotina em todos os doentes, mas apenas quando é mesmo necessária (INEM, 2020).

Em relação ao oxigénio, é recomendado a doentes com hipoxemia com uma Saturação Periférica de Oxigénio (SpO<sub>2</sub>) inferior a 90%. A hiperoxigenação pode ser prejudicial em doentes com SCA não complicado, devido ao aumento da lesão no músculo cardíaco. Assim, não se recomenda o uso rotineiro de oxigênio quando a SpO<sub>2</sub> está acima de 90% (ESC, 2017). Esta informação também vai ao encontro do que o INEM (2020) defende: os doentes com suspeita de SCA não necessitam de oxigénio suplementar, a não ser que apresentem sinais de hipoxémia, dispneia ou insuficiência cardíaca. Há evidência cada vez maior que a hiperóxia pode ser prejudicial para os doentes com EAM não complicado.

A dor também pode ser aliviada através do uso de fármacos vasodilatadores, pois estes irão ajudar a dilatar os vasos sanguíneos, permitindo que o sangue flua mais facilmente através deles. Estes fármacos também podem ajudar a reduzir a subcarga de trabalho do coração, diminuindo a resistência vascular periférica e reduzindo a pressão arterial. Alguns vasodilatadores, como a nitroglicerina, podem ser administrados por via sublingual para um alívio mais rápido da dor. Outros vasodilatadores, como os bloqueadores dos canais de cálcio, podem ser administrados por via oral ou intravenosa para ajudar a reduzir a dor e melhorar o fluxo sanguíneo para o coração (ESC, 2017). Os nitratos são assim, eficazes no tratamento da dor torácica, fundamentalmente por

dilatação das artérias coronárias, com eventuais benefícios a nível hemodinâmico. Não devem ser utilizados se a tensão arterial sistólica for inferior a 90 mmHg e em doentes com EAM inferior e suspeita de envolvimento do ventrículo direito. Não devem também ser administrados se o doente fez fármacos dadores de óxido nítrico (Sildenafil ou similar) nas 24 horas anteriores (INEM, 2020).

A ansiedade é uma reação natural ao SCA e à dor. Por isso, é muito importante que os doentes e as pessoas próximas a eles se sintam tranquilos. Um ansiolítico, geralmente uma benzodiazepina, deve ser considerado em doentes que apresentam ansiedade (ESC, 2017).

Desta forma, é de evidenciar que ao enfermeiro compete a preparação e administração de terapêutica de forma segura, assim como vigiar, monitorizar possíveis efeitos adversos provenientes da terapêutica administrada, enquadrando-se numa das competências específicas do EEEMC à PSC: garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento 429/2018).

Portanto, a gestão da dor deve ser baseada na melhor evidência científica, prevenindo e controlando a mesma, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade de vida e capacidade funcional dos doentes. A falta de domínio e fundamentação na melhor evidência por parte do enfermeiro para abordar o doente com dor torácica, tende a retardar a prestação de cuidados. Assim, quando uma equipa é treinada, qualificada e motivada favorece o desenvolvimento de habilidades e competências que permitem um atendimento mais rápido com uma prestação de cuidados de excelência (DGS, 2017b; Lima et al., 2020).

A elevada prevalência da dor e a transversalidade da sua abordagem pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, deveriam obrigar a uma formação adequada. Porém, isso ainda não se verifica, como tem sido reiteradamente reconhecido por diversas entidades, nomeadamente a IASP e a European Federation of Pain (EFIC) (DGS, 2017b).

O Centro Nacional de Observação em Dor, em 2010, realizou um relatório sobre o estado da arte do ensino da dor em Portugal e concluiu que o ensino pré-graduado da dor é realizado em todos os cursos superiores de Medicina, Medicina Dentária, Enfermagem e Fisioterapia, e também na maioria dos cursos de Psicologia e Farmácia. Contudo, este ensino é feito de forma fracionada em várias disciplinas, não existindo na maioria dos

casos, uma disciplina que permita a agregação dos conhecimentos. No campo da pós-graduação, a oferta de cursos é diversificada, permitindo desta forma aos profissionais de saúde interessados nesta matéria colmatar as falhas do ensino pré-graduado.

A DGS (2017b), através do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor estabeleceu metas de saúde para 2020, sendo que uma delas passava por contribuir para melhorar a formação dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor.

No SU, pode-se assumir que a dor se constitui como o principal motivo de procura de cuidados de saúde nestes serviços. De uma forma geral, 25-29 % da população sofre de dor, podendo esta aumentar a tensão arterial, alterar a frequência cardíaca e respiratória, o stress do doente de forma inconsciente causado pela forte dor no momento, além de surgir sudorese e ansiedade (Dick & Lohmann, 2020; Figueira et al, 2022).

Ferreira et al. (2020) salientam a importância do enfermeiro durante o primeiro atendimento num SU, tendo este que estar alerta para os sinais e sintomas que demonstram gravidade para que seja proporcionado o atendimento no tempo certo e de forma adequada.

Portanto, uma variedade de distúrbios pode causar dor, variando de síndromes com risco de vida, a condições leves. A dor torácica tem particular relevância, porque a fisiopatologia da doença cardíaca isquémica indica-nos que a dor abrupta e intensa é sugestiva de um episódio isquémico agudo, que tem, obrigatoriamente de ser solucionado com uma estratégia de reperfusão emergente. Esta dor pode apresentar várias manifestações e é caracterizada pela pressão ou peso retrosternal, pode irradiar para o braço esquerdo, e menos frequentemente para ambos os braços ou para o braço direito, pescoço ou mandíbula, costas e abdómen podendo ser intermitente ou contínua. Está associada ainda, por vezes, à sudorese fria, náuseas, dor abdominal, dispneia ou lipotimia. Assim, este conhecimento pelos EEEMC à PSC sobre as possíveis manifestações é uma informação importante para a triagem adequada e maior agilidade no atendimento (ESC, 2018; Ferreira et al., 2020; Alves & Sampaio, 2020).

Isto vai ao encontro de Bohula que, em 2019, afirma que dor torácica tem assim, uma apresentação característica própria, bastante difundida entre os profissionais de saúde. Assim, ao conhecer muito bem essa condição clínica e saber interpretá-la, diferencia a dor cardíaca da não cardíaca, possibilitando que se descarte precocemente a necessidade de certos procedimentos.

Em relação aos doentes com dor torácica de etiologia cardíaca, a idade avançada não parece influenciar a apresentação clínica típica, sugerindo que os sintomas devem ser interpretados independentemente da idade (Filgueiras et al., 2020).

Segundo Ferreira et al. (2020) a dor torácica é considerada a dor com mais recorrência no SU, o que corrobora com Lima et al., (2020) referindo este que a dor torácica aguda é um sintoma muito frequente nos hospitais, constituindo um possível sinal de alerta para doenças com risco iminente de morte. Embora pareça fácil identificar um doente com esta sintomatologia, não é simples, pois é necessário o diagnóstico diferencial através de exames complementares, como o ECG, a avaliação da troponina cardíaca e uma radiografia torácica, tornando-se um ponto crítico na decisão nos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros (Lima et al., 2020).

Alguns doentes não sabem identificar a dor torácica, associando a outras regiões do corpo. Isso explica a importância do enfermeiro na realização da educação em saúde dos doentes e familiares com o objetivo de identificação rápida dos sinais e sintomas, com a redução do tempo de decisão e a procura imediata de apoio diferenciado (Ferreira et al., 2020).

Desta forma, é de extrema importância a presença do EEEMC à PSC no SU, sendo da sua competência organizar o atendimento e capacitar a equipa para atuar com devida prontidão e eficiência nos casos de dor torácica (Dick & Lohmann, 2020).

Não é incomum que doentes com dor torácica saiam das salas de emergências após avaliação inicial, e desenvolvam eventos isquémicos nas horas seguintes. Estes doentes, por vezes, não recebem tratamento adequado em tempo útil, e estima-se que um em cada oito clientes com angina instável sofre um EAM nas duas semanas seguintes. A mortalidade em doentes com EAM admitidos ou erroneamente com alta do SU varia entre 6% e 25%, o que leva a ações judiciais relacionadas a más práticas (Soeiro et al., 2021).

Os autores Lima et al., (2020), evidenciam que a utilização do protocolo de triagem de Manchester é um instrumento importante, que unido à prestação de cuidados com classificação de risco, permite agilidade no atendimento e efetividade do cuidado ao doente com dor torácica, por meio de critérios consistentes de classificação comprovados pelo enfermeiro que assiste o doente. No Regulamento nº743/2019 da OE é recomendado que o posto de triagem seja assegurado, preferencialmente, por EEEMC, na área de PSC.

Foi no ano de 2007, que Portugal com o intuito de diminuir o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o tratamento eficaz nos doentes com SCA implementou um sistema rápido de triagem e atendimento coronário denominado Via Verde Coronária (VVC); foi implementado para fornecer um transporte rápido e eficiente desde o pré-hospitalar ou de um outro hospital sem salas de hemodinâmica para a realização de ICP. Este programa é coordenado pelo INEM em colaboração com outras entidades nacionais. Esta ativação rápida contribui para a redução das taxas de mortalidade e melhora do prognóstico dos doentes. Contudo, um grande número de doentes com sintomas relacionados ao EAM não liga para o número de emergência 112 e vai direto ao hospital por meios próprios, o que tem levado à necessidade de implementação de uma VVC intra-hospitalar. Cada hospital criou o seu próprio protocolo, que pode funcionar de forma diferente e pode ter resultados diferentes em termos de diagnóstico principal (Lima et al., 2021).

O encaminhamento dos doentes através da VVC é feito com base em critérios clínicos específicos, visando o tratamento precoce de determinados tipos de EAM. Assim, a prioridade nos doentes com EAM é identificar aqueles que precisam de uma terapia de reperfusão nas primeiras 12 horas após início de sintomas, pois o restabelecimento da circulação cardíaca é que determina o seu prognóstico. Esta reperfusão cardíaca pode ser realizada através de uso de fibrinolíticos ou os doentes são transferidos para um laboratório de hemodinâmica para realizar um ICP (Lima et al., 2020; SNS, 2021).

O INEM, em 2022, encaminhou 1556 casos de EAM para os hospitais mais adequados, através da VVC, sendo a idade média dos doentes que sofreram EAM de 63 anos (SNS, 2023a).

Os enfermeiros são profissionais de saúde de contacto de primeira linha com doentes com EAM, uma vez que são estes que os recebem nos SU, que os triam, que identificam os sinais e sintomas de alerta, que ativam a VVC e que, desta forma, identificam a necessidade imediata da realização de um ECG de 12 derivações (Niza, 2018, as cited in Ornelas et al., 2023).

Ou seja, é importante que exista um EEEMC à PSC num SU e que este possua um julgamento clínico que permita identificar as situações que impliquem uma tomada de decisão, fundamentada na melhor evidência, na existência da necessidade de uma intervenção muito urgente ou emergente, que podem ser crucias para a vida do doente

com EAM (Niza, 2018, as cited in Ornelas et al., 2023). Isto é afirmado também por Kwok et al. (as cited in Ornelas et al., 2023), que realça a importância do desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, essenciais para a redução do tempo até à terapêutica de reperfusão e assim, contribuir para uma melhoria dos ganhos em saúde para os utentes com EAM que são cuidados por EEEMC.

Importa também falar da dor nas UCI, onde existe uma multiplicidade de experiências dolorosas. Assim, a singularidade da dor e os inúmeros fatores que a podem influenciar implicam uma adequada prática de gestão e controlo da dor por parte dos enfermeiros, em particular dos que detêm formação especializada. É de salientar que o alívio da dor deve assentar no reconhecimento da sua existência e, apesar de muitos doentes críticos revelarem incapacidade de comunicar verbalmente, este facto não invalida a possibilidade de estarem a experienciar dor, nem a necessidade de um tratamento que a alivie. No caso dos clientes com dificuldades de comunicação, a monitorização da dor requer a aplicação de escalas de avaliação comportamental, que avaliem, nomeadamente a expressão facial, o movimento no leito, os parâmetros fisiológicos (Teixeira, 2019).

Monte (2020), corrobora Teixeira (2019), referindo que alguns doentes são incapazes de fazer uma autoavaliação da dor; nestas situações, os enfermeiros devem utilizar escalas validadas e estruturadas para a avaliação da dor na PSC (Monte, 2020). Portanto, a dor exerce efeitos negativos importantes na recuperação e constitui um dos fatores de stress mais reportados pelos doentes de UCI (Monte, 2020).

A analgesia adequada deve ser instituída a todos os doentes em UCI, independentemente da indicação para sedação. Em procedimentos que se preveem que sejam dolorosos deve-se utilizar uma analgesia preventiva (Monte, 2020).

Desta forma, o objetivo no controlo da dor na UCI consiste em manter o conforto do doente, diminuir os efeitos adversos da resposta fisiológica à dor, prevenir o desenvolvimento dos síndromes dolorosos crónicos e controlar o delírio e ansiedade.

A abordagem na gestão da dor deve ser multimodal, combinando analgésicos opióides e não opióides, bloqueios de nervos periféricos, tratamento não farmacológico e/ou sedativos (Monte, 2020).

Existem diversos diagnósticos de Enfermagem que um doente com EAM nas UCI podem apresentar. A maior parte dos diagnósticos que podem ser destacados passam pela ansiedade, débito cardíaco diminuído, dor aguda, medo e volume de líquidos excessivos.

Os cuidados devem ser reflexivos e direcionados a cada caso e necessidades do utente, sendo essenciais para sua reabilitação (Feitosa & Nunes, 2021).

Para controlo não só da ansiedade, da dor aguda e do medo, mas para garantir o atendimento oportuno, ético e eficaz, a comunicação dos profissionais com o doente precisa ser clara a nível de entendimento do mesmo, considerando a sua cultura e conhecimento e mesmo qualquer alteração visual, auditiva ou intelectual. Tudo a ser realizado deve ser informado e as possíveis dúvidas esclarecidas (Feitosa & Nunes, 2021).

Na dor torácica aguda o enfermeiro deverá realizar intervenções de controlo da dor com fármacos analgésicos intercalando os de ação mais e menos potentes. Como cuidados de enfermagem deve-se avaliar o nível de dor do doente, verificar e registar o potencial analgésico de cada medicamento administrado, assim como a implementação de intervenções não farmacológicas de alívio da dor. Logo, a Enfermagem destaca-se como uma categoria profissional ímpar para garantir a qualidade na prestação de cuidados intensivos ao doente do foro cardíaco (Feitosa & Nunes, 2021).

Segundo o estudo de Paiva & Ferreira (2018), quanto às vivências do EAM surgem os sintomas provocados pelo EAM e os sentimentos vividos. Em termos de sintomas alguns clientes referem a desvalorização inicial dos mesmos, sendo que todos referenciam a dor intensa. Alguns doentes admitem ter tido sintomas prévios ao EAM, contudo, não os valorizara, pois não tinham noção do seu significado.

Segundo o mesmo estudo, um aspeto evidenciado é a dor sentida no momento agudo do EAM, havendo descrição de que foram momentos de um sofrimento físico considerável, com doentes a desejarem a morte. Dos sentimentos mais referidos em relação à vivência da doença aguda, destaca-se o choque e o medo de morrer. Na perspetiva de alguns doentes, tudo se passou muito rápido, desde os primeiros sintomas até ao diagnóstico efetivo. Assim, devido ao choque demonstrado, muitos doentes relataram que apresentaram períodos de confusão relativamente ao sítio onde estavam no momento do internamento hospitalar (Paiva & Ferreira, 2018). Desta forma, o EEEMC à PSC tem o dever de fazer a diferença na assistência à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018).

Durante o internamento é frequente assim, a pessoa apresentar níveis elevados de ansiedade, que conjugados com a presença de dor diminuem a sua capacidade de reter

informação fornecida. Assim, a informação fornecida à pessoa e família deve ter um início rápido, assim que a fase aguda seja ultrapassada e deve focar-se na redução dos fatores de risco, manifestações de doença coronária, na adesão à terapêutica medicamentosa e na retoma da atividade física. Este acesso à informação e a sua compreensão contribui para reduzir o medo e ansiedade e, em simultâneo, promove o estabelecimento de relações interpessoais; aqui está presente outra competência específica que é a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (David et al., 2015, Deaton et al., 2017 as cited in Silva et al., 2019; Paiva & Ferreira, 2018; Regulamento 429/2018).

O enfermeiro tem grande importância no conforto emocional do doente. Desta forma, quando este consegue uma redução do nível de ansiedade vai gerar menor sobrecarga cardíaca, menor necessidade de aporte de oxigénio e assim, menor risco de lesões no miocárdio. Uma boa interação com o doente, assim como um melhor conforto, possibilita também, a diminuição dos efeitos da ansiedade e conseqüentemente a diminuição da agitação (Silva & Passos, 2020).

O alívio da dor do cliente, contribui para a redução da ansiedade gerada pelo EAM, sendo a morfina o analgésico mais usado para proporcionar tanto um alívio da dor e da ansiedade, como na minimização no esforço cardíaco. Conhecer as indicações farmacológicas, bem como as reações adversas e ações dos medicamentos, as vias de administração e a dosagem correta é uma das intervenções do enfermeiro, sendo o principal responsável pela realização destes procedimentos (Silva & Passos, 2020).

Segundo o estudo de Garcia et al. (2021) a prevalência de ansiedade em doentes que foram submetidos à ICP foi 32,1%. Indivíduos ansiosos tiveram maior tempo de internamento hospitalar, sendo maior a prevalência no sexo feminino e doença cardiovascular prévia, assim como doença psiquiátrica em relação aos doentes sem ansiedade (Garcia et al, 2021).

Vários fatores parecem estar associados aos impactos negativos da ansiedade preexistente nos resultados ao longo do tempo em doentes com EAM; destacam-se assim, os comportamentos como o etilismo, a dependência de nicotina, e falta de exercício.

Outra hipótese é que a ansiedade pode aumentar a resposta inflamatória através da ativação de marcadores inflamatórios como proteína C-reativa, interleucina-6 e

homocisteína, que por sua vez pode levar à formação da trombose coronária (Li et al., 2020). Além disso, a ansiedade pode interromper o equilíbrio do sistema nervoso autônomo reduzindo o tônus vagal, fazendo com que haja maior incidência de fibrilação ventricular e taquicardia. Os transtornos do humor, incluindo a ansiedade e depressão, afetam principalmente o corpo ativando o sistema nervoso simpático e resultam num alto nível de catecolamina. Este elevado nível de catecolamina aumenta o cortisol, o que também leva ao aumento do risco de doenças isquémicas cardíacas. Curiosamente, a catecolamina pode ter um efeito protetor do EAM em situação aguda. Os transtornos de ansiedade também podem levar ao aumento das catecolaminas plasmáticas e possivelmente podem mimetizar o processo de resposta adaptativa do miocárdio em breves episódios de isquemia e, que resultou em menor lesão de isquemia e reperfusão no EAM (Li et al., 2020).

He et al., (2020) no seu estudo afirmam também que a ansiedade pode estar ligada a alterações patológicas no tônus autonómico cardíaco, com aumento da função simpática ou controlo vagal prejudicado, corroborando também que a ansiedade tem sido associada a níveis elevados de catecolaminas, que comprovadamente ativam o sistema de coagulação e fibrinólise proporcionando um estado de hipercoagulabilidade. Pode existir também, um aumento da agregação plaquetária mediada pela serotonina em doentes com doença arterial coronária. É evidenciado no seu estudo que os indivíduos com ansiedade tinham intervalos QT mais longos e com maior dispersão. Foi possível perceber que os doentes com ansiedade podem ter comportamentos de estilo de vida pouco saudáveis. Todos estes mecanismos mencionados podem ser responsáveis por um maior risco de mortalidade por se apresentarem como eventos adversos cardiovasculares importantes.

Portanto, a ansiedade é altamente prevalente nos doentes com EAM, podendo apresentar os sintomas antes ou depois do episódio de enfarte. Segundo o estudo de Li et al. (2020), a ansiedade preexistente está associada ao prognóstico positivo de curto prazo de doentes com EAM em termos de diminuição da mortalidade hospitalar, paragem cardíaca e choque cardiogénico. Por outro lado, a ansiedade tem efeitos diferentes nos subtipos de EAM. A ansiedade preexistente desempenha um papel benéfico no prognóstico de curto prazo de doentes com EAMsSST com menor incidência da mortalidade intra-hospitalar, paragem cardíaca e choque cardiogénico, mas sem efeito nos resultados para os doentes com EAMcSST (Li et al, 2020).

Ainda neste estudo, foi possível perceber que os doentes que tinham ansiedade tendiam a ser mais jovens, do sexo feminino, de raça caucasiana e maior incidência de comorbidades, como tabagismo e dislipidemia. No entanto, curiosamente a incidência de diabetes e doença renal crônica foi menor grupo com ansiedade. Ainda, no subgrupo que tinha EAMcSST apresentava 7,8% dos doentes com ansiedade e no subgrupo do EAMsSST, 10,9% tinham ansiedade. Assim, percebe-se que a ansiedade tem efeitos diferentes sobre os subgrupos de EAM (Li et al., 2020).

As competências não instrumentais dos enfermeiros especialistas à PSC são valorizadas e percebidas pela pessoa com EAM como fonte de conforto, pelo tempo investido em explicar a sua condição clínica e o tratamento necessário, o que vai ao encontro da competência específica de assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (David et al., 2015; Deaton et al., 2017 as cited in Silva et al., 2019; Regulamento n° 429/2018).

Uma das áreas de atenção de Enfermagem é o processo de transição saúde-doença, como é o caso dos doentes com EAM. O enfermeiro é assim, visto como um profissional facilitador do atingimento de um novo equilíbrio e bem-estar (Meleis, 2010).

O enfermeiro presta cuidados cada vez mais especializados em diferentes contextos, sendo assim desafiador o desenvolvimento de competências humanas, técnicas e científicas cada vez mais diferenciadas, que detenham qualificações adequadas e em constantemente aperfeiçoamento, o que implica estar atualizado com as mais recentes orientações para o tratamento da pessoa com EAM, nomeadamente a gestão da dor nestes doentes. Promover a prática baseada na evidência, possuir um corpo de conhecimentos técnicos, cognitivos, organizacionais, sociais e de comunicação é essencial para a organização funcional dos serviços de saúde que acolhem a pessoa com EAM. Deste modo, emerge então uma das competências do EEEMC à PSC, que é a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica (Paiva & Ferreira, 2018; Silva et al., 2019; Regulamento n° 429/2018).

Os enfermeiros encontram-se na posição ideal, pelo contato mais próximo do doente, conseguindo uma identificação precoce da PSC com EAM. Possuem um papel importante na avaliação inicial, diagnóstico, estratificação do risco e implementação das intervenções adequadas. Sendo para isso, possuidores de um conjunto de conhecimentos e

competências que permitam uma avaliação contínua e holística da PSC, sendo primordial para a sobrevivência da pessoa com EAM, pois uma PSC que sofre um EAM encontra-se em risco de paragem cardiorrespiratória (Silva et al., 2019). Evidenciando assim outro foco outra das competências do EEEMC à PSC que consiste em prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento n° 429/2018).

Com base nos seus conhecimentos e capacidade de olhar para a pessoa de forma holística, o EEEMC à PSC intervém no melhor interesse da pessoa, atuando como advogado da mesma, gerindo o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica (Paiva & Ferreira, 2018; Regulamento n° 429/2018).

Assim, a prestação de cuidados especializados à PSC com dor ocorrida de um EAM deve ter como base a prevenção e deteção precoce de complicações, garantindo uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, partindo do pressuposto que a pessoa com dor torácica pode ter uma ou mais funções vitais com risco de vida imediato, sendo que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018).

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O desenvolvimento de competências deve basear-se nos conhecimentos adquiridos e pautar-se pela postura de permanente análise crítico-reflexiva, uma vez que existe a integração do suporte teórico e da experiência na prática do cuidar. Segundo o Regulamento nº 140/2019 da OE, EE é “...aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem...” (p.4744). E as competências comuns do enfermeiro especialista são

*...partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (p.4745).*

Baseado no âmbito dos quatro domínios das competências comuns, abaixo descritos, este relatório contempla as atividades por mim desenvolvidas no exercício da minha profissão no SU e nos ensinos clínicos da UCIP e UCIC de acordo com cada um dos domínios que passo a desenvolver de seguida:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### **2.1.DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL**

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, o EE deve desenvolver “... uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (p.4745). Ou seja, o EE deve desenvolver a sua prática com base nas normas legais, princípios éticos e deontologia

profissional, demonstrando uma prática segura, profissional e ética, facilitadora do processo de tomada de decisão.

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Lei nº 156/2015) é referido também que, no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética, e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. Paralelamente, no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) é referido que o enfermeiro deve respeitar a autodeterminação da pessoa que se encontra ao seu cuidado, assumindo o dever de informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de Enfermagem, bem como, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Lei nº 156/2015).

Assim, os enfermeiros na prática da profissão e no processo de tomada de decisão, devem ter bem presentes os princípios éticos. Respeitar a vida humana e sua dignidade, evitar discriminação, proteger os vulneráveis e fracos, manter a confidencialidade profissional e contribuir para o progresso são valores essenciais a serem aplicados. Nesse sentido, os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia devem ser observados (Rosa et al., 2016). O princípio da autonomia assegura ao doente o direito de tomar decisões informadas e livres sobre os procedimentos aos quais será submetido. A beneficência, por sua vez, baseia-se na premissa de realizar o bem, ou seja, agir em benefício do doente. O princípio da não-maleficência implica em evitar intencionalmente ou por negligência causar danos. Por fim, o princípio da justiça refere-se à distribuição equitativa dos recursos necessários para o acesso e assistência aos cuidados de saúde (Rosa et al., 2016). Todos esses princípios estão mencionados, direta ou indiretamente, nos direitos e deveres das pessoas, estabelecidos na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 95/2019).

Com equipas diversificadas o SU, a UCIP e UCIC têm na sua composição, enfermeiros especializados em todas as áreas de diferenciação reconhecidos pela OE, o que enriquece, por um lado a prática clínica, e por outro lado, ajudam a gerir o equilíbrio na tomada de decisão, o que implica o respeito pelas necessidades e características do doente e a prática de Enfermagem baseada na evidência sempre direcionada pelos princípios éticos específicos da profissão.

Neste âmbito, aprofundi os meus conhecimentos participando numa formação sobre a Ética e Humanização dos Cuidados de Saúde e a experiência profissional trouxe-me

neste aspeto particular, uma capacidade de gestão de processos que possibilita a manutenção da qualidade dos cuidados, independentemente da afluência ao SU.

Em relação aos campos de estágio por onde passei, estes permitiram-me observar e adquirir competências de uma gestão de cuidados mais humanizada e uma tomada de decisão mais bem fundamentada, pois os meus tutores sendo especialistas e com uma vasta experiência permitiram-me a partilha de conhecimentos que contribuíram para o meu crescimento nesta área.

Na saúde, o consentimento informado, decorre da atenção dada ao princípio ético do respeito pela autonomia, reconhecendo a capacidade da pessoa para tomar livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos. Desta forma, envolve a inclusão ativa da pessoa no processo de decisão sobre os procedimentos ou intervenções de saúde que lhe são propostos, numa partilha de conhecimentos e competências que a tornam apta a tomar uma decisão informada sobre a sua aceitação ou recusa. Mais do que um mero requisito formal que visa obter uma assinatura por escrito, deve ser um momento de comunicação efetiva, com o objetivo de capacitar a pessoa, fornecendo-lhe as ferramentas necessárias para tomar uma decisão sobre uma intervenção de saúde (Lei nº 156/2015).

Desta forma, ao longo do meu exercício profissional e nos locais de estágio não foi diferente, mantive sempre uma conduta de respeito pela autonomia do cliente, informando sempre todo e qualquer procedimento a ser realizado, expondo toda a informação de que disponho, tornando o doente capaz de tomar uma decisão de forma esclarecida, nomeadamente, em situações de preparação para procedimentos cirúrgicos e ou invasivos. Na UCIC houve uma situação em que foi evidenciado esse respeito pela decisão da autonomia do doente, num doente com 90 anos que apesar da sua autonomia e capacidade cognitiva preservada tinha uma insuficiência cardíaca terminal com uma doença do tronco comum coronário grave, em que não haveria possibilidade de revascularização; foi então explicado ao doente e família que as opções passariam por tratar por ICP, mas que seria um procedimento muito arriscado, ou então tratamento conservador e apenas controlo de sintomas. A equipa médica explicou todo o procedimento, contudo, o doente e a família não estavam esclarecidos na sua plenitude; assim, descodifiquei a linguagem científica, porém, a família e o doente apresentavam opiniões divergentes. Pela família era para avançar para o procedimento, porém o doente

queria ter alta e não queria qualquer intervenção. A minha posição foi certificar-me que o doente estava capacitado de toda a informação adequada para a sua decisão e respeitá-la. Em relação à família assegurei-me que compreendiam que o doente tinha as suas capacidades cognitivas aptas e que por isso ele era o único que iria decidir acerca da sua condição de saúde.

A informação de saúde encontra-se estabelecido na Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, referindo no seu artigo 2.º que “*a informação em saúde abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar*”. (Lei nº12/2005. p. 606-607). O direito das pessoas à confidencialidade da sua informação de saúde, que esta lei anterior cita, pretende salvaguardar o dever de sigilo do enfermeiro.

O enfermeiro, de acordo com o CDE, integrado no Estatuto da OE, aprovada pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, está obrigado ao dever de sigilo profissional, como resultado da relação terapêutica próxima que estabelece com as pessoas de quem cuida, tendo por base a confiança. Desta forma, é importante interpretar a relação com as restantes normas jurídicas e afins, tendo como base os princípios éticos e jurídicos aplicáveis.

O sigilo profissional pode ser entendido como o segredo, a intimidade, privacidade e confidencialidade; assim, é tudo aquilo, sendo pertença de alguém, apenas a esse diz respeito, e que pela sua natureza é apenas conhecido por um número pequeno de pessoas, pelo que não deve ser conhecido pelos demais, não deve ser acessível a terceiros a não ser que o próprio o permita. Desta forma, o sigilo profissional é encarado como um direito do utente e uma obrigação ética e deontológica do enfermeiro (Parecer Conselho Jurisdicional 112/2019).

Trabalhando eu no SU do mesmo hospital onde desenvolvi os restantes estágios, deparei-me algumas vezes com a prestação de cuidados iniciais a doente que foram posteriormente internados na UCIP ou UCIC, havendo a necessidade de manter sigilo profissional em determinados aspetos que não eram relevantes na prestação de cuidados desenvolvidos nos campos de estágio, havendo até pedidos direcionado de doentes para esta situação. Uma situação que realço foi um doente que eu triei no SU com dor torácica acompanhado por um senhor. Este doente foi diagnosticado com EAM, tendo realizado ICP; posteriormente, voltei a ter contato com o mesmo dois dias depois na UCIC, onde,

o senhor, assustado, pediu-me para nunca mencionar à família que teria sido acompanhado na entrada do SU, e eu respeitei esse sigilo profissional tanto com a equipa, como com a família.

Na unidade curricular Ética e Deontologia desenvolvi também, em grupo, a resolução de um dilema ético da prática de cuidados à PSC, sendo que o exemplo utilizado foi baseado numa experiência minha vivenciada no SU. Foi usado para a resolução desse dilema, o modelo de tomada de decisão DECIDE, e foi importante perceber de forma fundamentada a resolução desta situação que consistia em contar ou não à esposa que o seu marido era portador de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), sabendo que este mantinha relações extraconjugais e não queria que a sua esposa soubesse. A conclusão a que se chegou foi a de que o enfermeiro deveria persuadir o doente a contar ele mesmo esta informação à esposa, mas, caso isso não acontecesse, o enfermeiro tinha como obrigação transmitir esta informação à equipa de saúde, que por sua vez, deveria comunicar à esposa que o doente era portador de VIH, pois está em risco a vida de terceiros. Esta obrigação é fundamentada no Regulamento nº338/2017 da OE. Foi uma mais-valia para mim o desenvolvimento deste caso, porque consegui consolidar conhecimento que fortaleceu o meu processo de tomada de decisão em situações posteriores.

Em relação à permanência do familiar junto do doente é sempre algo desejável, mas por vezes, geradora de conflito. A estrutura física do SU, especialmente dentro das salas de trabalho, nem sempre possibilita a permanência de um familiar junto de um doente, para que não exista colisão com o direito à privacidade dos outros doentes. Neste sentido, é muitas vezes vedada a permanência dos familiares por alguns períodos de tempo dentro das salas de trabalho. Nestas situações, tive sempre o cuidado de esclarecer familiares e os doentes dos motivos desse impedimento, permitindo posteriormente a visita quando oportuno. Permiti também a entrega de telemóveis ao doente para que este pudesse estar em contato com a família, mostrando sempre a minha empatia, disponibilidade e compreensão na resolução destas situações.

No contexto da situação epidemiológica provocada pelo SARS COV-2, o Centro Hospitalar (CH), onde exerço funções, implementou a limitação das visitas e acompanhantes, o que em contexto de urgência, associado ao excesso de trabalho, potenciou alguns focos de tensão entre profissionais e acompanhantes. Contudo, em 2020,

o SU iniciou um projeto, aprovado pelo Conselho de Administração, que tem várias vertentes para melhorar a gestão da comunicação e de humanização dos cuidados aos doentes em contexto de urgência. Consiste em efetuar diariamente uma chamada telefónica sobre os cuidados de Enfermagem, evolução do doente e possível transferência ou alta da unidade. Se o doente estiver consciente, fica registado, que deu consentimento para o fornecimento da informação à pessoa referenciada pelo mesmo; mas se o doente não estiver capaz, o enfermeiro telefona para o contacto que consta no registo de admissão, limitando a transmissão de informação ao essencial.

Para além do contacto telefónico, foi criado um Gabinete de Apoio à Família que visa a prestação de informações dos cuidados de Enfermagem, informação da localização dentro do SU, médico responsável entre outros, de forma a diminuir a ansiedade dos doentes, familiares e acompanhantes, respeitando sempre, a privacidade dos outros doentes e profissionais. Neste gabinete de apoio à família, só estão habilitados a exercer, enfermeiros com mais de três anos de serviço, por ser necessário ter um profissional nesta área com algumas competências já consolidadas; assim, como já tenho mais de seis anos no SU integro esta equipa. Estou certa, que este projeto veio dar visibilidade ao trabalho realizado no SU, e especificamente ao papel do enfermeiro neste serviço, tendo eu verificado um *feedback* positivo por partes dos familiares envolvidos neste processo.

Em relação à UCIP são permitidas duas visitas no período da tarde das 15h às 19h; já na UCIC só é permitida uma visita. De salientar, que este tempo reduzido, não faz sentido na minha opinião, pois, sendo os cuidados intensivos caracterizados por cuidados específicos, complexos e com recurso a meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, tendo em vista a estabilização e recuperação da PSC, são serviços geradores de um maior stress aos familiares, e se estes tiverem uma maior restrição de visita pode ser causador de distúrbios importantes, como stress pós-traumático, ansiedade e depressão (Calle et al., 2016).

Historicamente, a política de visitas dos familiares nas UCI tem seguido um modelo restritivo, principalmente pelas crenças dos profissionais, que relatam que o horário prolongado afeta doentes e familiares por impedir o descanso, intervir e atrasar os cuidados de enfermagem e aumentar o stress, o aumento das infeções, entre outros (Rojas, 2019). No entanto, as evidências mostram maiores benefícios do que riscos associados à flexibilização dos horários e ao envolvimento dos familiares. Tem vantagens como o

maior conforto para o doente, a redução das complicações cardiovasculares, o aumento da satisfação da família, o fornecimento de informações à equipa e a melhoria da comunicação. Assim, as equipas deveriam estar mais abertas na inclusão dos familiares no cuidado, tornando-os parte das rotinas dos cuidados de higiene, na prevenção não farmacológica do *delirium* e acima de tudo, facilitar a presença (Rojas, 2019).

Esta visão também é partilhada por outros autores como Calle et al., que já em 2016 evidenciam que, se as condições clínicas o permitissem, e as famílias o desejassem, poderiam colaborar em alguns cuidados básicos, como a higiene pessoal, a alimentação, a reabilitação e o entretenimento. Dar à família a oportunidade de contribuir na recuperação do doente pode ter efeitos positivos sobre o doente, eles mesmos e sobre o profissional, reduzindo o stress emocional e facilitando a proximidade e comunicação das partes implicadas. Desta forma, a presença dos familiares durante determinados procedimentos é facilitadora não havendo relacionamento com consequências negativas; assim, a mudança de atitude dos profissionais, com uma maior preocupação em promover uma relação com maior proximidade e privacidade, traz uma maior satisfação das famílias e uma maior aceitação da situação favorecendo todo o processo (Calle et al., 2016). Julgo que ainda é necessário percorrer um caminho longo nesta área, mas sinto-me mais capaz hoje de estar aberta para este envolvimento com a família, conseguindo elucidar os meus pares para a importância desta temática.

O bem-estar e a proteção do doente são focos aos quais tenho de dar especial atenção criando e mantendo um ambiente terapêutico seguro, assim como assegurar as necessidades espirituais e culturais de cada um, envolvendo sempre que possível a família, potenciando a presença da mesma durante as intervenções da prática clínica e sempre que solicitada pelo doente, sendo que a tomada de decisão se prende sempre com a proteção e segurança do mesmo.

A WHO em 1998 (as cited por Cunha et al.,2022) começou-se a pronunciar sobre a dimensão espiritual como parte da compreensão da saúde, reconhecendo que os indivíduos são seres interligados nas dimensões bio-psico-socio-espiritual. A promoção da saúde mental deve ser baseada em evidência científica, ao mesmo tempo sensível às questões culturais. Muitos doentes desejam que a sua religiosidade/espiritualidade seja considerada no cuidado que recebem, uma vez que essa dimensão tem impacto na qualidade de vida.

A promoção e respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais estiveram sempre presentes na minha prestação de cuidados. Por exemplo, perante a morte, as práticas são geridas promovendo sempre as crenças do doente e familiares; neste âmbito tive a formação interna sobre Noções Básicas sobre o Luto assim como formação teórica do mestrado, onde consegui desenvolver técnicas de comunicação com a família e/ou pessoas significativas em relação ao luto, assim como desenvolvi algum conhecimento sobre a reestruturação familiar após a perda. De salientar, que na UCIP existe uma sala para comunicação de más notícias onde é criado um ambiente acolhedor para a família do doente, o que permite que esta se sinta mais confortável e onde é mantida a privacidade. Contudo, no SU e na UCIC não existe este espaço, o que não cria o ambiente mais acolhedor para a comunicação de más notícias. Assim, em estágio vivenciei situações de fim de vida e tive como foco dignificar a morte e humanizar os cuidados ao doente e família, através de uma relação de ajuda, pautada por respeito e uma atenção constante, que nunca se limitou à simples presença física, mas sim baseada numa verdadeira escuta e empatia.

Devido à grande afluência no CH de indivíduos provenientes de ambientes culturais diversos, surgiu a necessidade de responder à globalização cultural a que se assiste nos dias de hoje; para que assim seja, procurei sempre atingir a qualidade num cuidado culturalmente sensível, procurando prestar cuidados culturalmente adaptados a cada pessoa. Contudo, ainda sinto que a barreira linguística é para mim um fator dificultador da proximidade com doente e/ou família. Assim, espero no futuro investir num curso intensivo de inglês por ser uma língua universal.

A atualização dos conhecimentos, além da autoformação, é realizada através de formação contínua na instituição, através de cursos e formações, conjugando com as formações em serviço e, congressos, com o intuito de serem eficazes levando à aquisição de novos saberes e práticas. A minha instituição fomenta a realização destas formações, apesar de eu considerar que deveria investir mais. Na UCIP, além do meu serviço foi-me dada a possibilidade de frequentar estas formações sendo uma partilha de conhecimento enriquecedora.

Assim, no que diz respeito à responsabilidade profissional, como futura EE devo possuir um conhecimento aprofundado e atualizado na melhor evidência disponível na minha área de especialização. Isso envolveu manter-me informada sobre as melhores

práticas, avanços tecnológicos e científicos, em busca contínua para o aprimoramento profissional.

Pela experiência que vivenciei, o EE está também envolvido em processos de formação contínua, incentivando a equipa para a aquisição constante de saberes, motivando-a na busca da excelência da prestação de cuidados. A formação contínua faz assim, a diferença na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Na minha prática procurei avaliar de modo sistemático, interpretativo, evolutivo e articulado, reconhecendo as situações atuais ou potenciais de deterioração clínica, com vista à implementação precoce de intervenções eficazes e a avaliação das respostas a essas mesmas intervenções. Ou seja, na prestação de cuidados, os doentes necessitam de ser continuamente vigiados, avaliados e priorizados, o que exige um elevado nível de conhecimentos e competências. Na minha perspectiva considero que deveria haver mais formação gratuita, a qual seria uma mais-valia, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados. Foi um dos motivos que me fez ingressar no curso de mestrado, haver a lacuna na atualização de conhecimentos pelo hospital onde exerço funções.

Em suma, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pelo EE é essencial para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, a segurança dos doentes e o cumprimento dos princípios éticos e legais que regem a prática da Enfermagem.

## 2.2.DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No âmbito do domínio da melhoria da qualidade o EE desempenha um importante papel através da responsabilidade de garantir dinamização no “*desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*”, no desenvolvimento de “*práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua*”, assim como, assegurando “*um ambiente terapêutico e seguro*” (Regulamento nº 140/2019, p.4745).

A qualidade tornou-se um valor de maior relevância nos sistemas de saúde, pressupondo a apreciação de diversos atributos, facilitando a perceção das áreas onde se desenvolve uma maior e menor incidência e expondo aquelas que carecem de um maior investimento e que, por sua vez, podem ser geradoras de mudanças nas práticas (Soares, 2017).

Segundo o estudo de Soares (2017), foi possível inferir quais são as áreas consideradas relevantes, tradutoras de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de Enfermagem e suscetíveis de serem avaliadas, que passam pela satisfação do cliente, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado e a readaptação funcional (Soares, 2017).

Na atualidade, a problemática da qualidade tem sido perturbada pela atual crise económica. Às organizações cabe garantir as condições que possibilitem o exercício dos profissionais de saúde sem a diminuição da qualidade na assistência, em benefício de interesses económicos. Os enfermeiros representam um papel fundamental na prestação dos cuidados de qualidade em tempos complexos, na medida em que auxiliam o sistema a ser mais efetivo e a ter cuidados eficientes. O grau de dotações de enfermeiros e o tipo de ambiente de trabalho influenciam diretamente o atendimento ao cliente (Soares, 2017)

Jesus et al. (2015) no estudo RN4Cast em Portugal: Ambientes de prática de enfermagem concluíram que a qualidade dos ambientes de prática na maior parte dos hospitais portugueses é percecionada como desfavorável, sugerindo uma elevada margem para melhoria, havendo a necessidade de uma intervenção imediata e profunda por parte dos diferentes responsáveis políticos e dirigentes associativos, profissionais e organizacionais, especialmente na adequação de recursos humanos e materiais, participação dos enfermeiros na governação hospitalar e gestão, liderança e apoio dos enfermeiros. Portanto, o investimento no reforço das dotações tornar-se-á tanto mais eficiente e efetivo, na medida em que os ambientes de prática forem mais favoráveis (Jesus et al., 2015).

Dos locais por onde passei, sem dúvida que o serviço onde exerço, em que o ambiente de trabalho muitas vezes é adverso, é o que carece com maior frequência de dotações de enfermeiros adequados. O Regulamento n°743/2019 diz que o cálculo das dotações dos enfermeiros de um SU deve ser ponderado com base nos elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada SU. No meu serviço, a dotação de Enfermeiros varia entre os 22 elementos no turno da manhã, 21 elementos no turno da tarde e 19 no turno da noite não havendo reforço quando existe uma maior afluência, o que traz uma sobrecarga de trabalho, refletindo-se na qualidade dos cuidados.

Na UCIP, o rácio enfermeiro/doente é de dois doentes para cada enfermeiro, o que não me pareceu adequado, dada a exigência em termos de cuidados que uma UCI de tipologia III requer, estando divergente com o preconizado pelas recomendações emanadas pela OE, em que é um enfermeiro para um doente nas UCI nível III, pois estas são consideradas UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os utentes porque se é responsável (Regulamento nº734, 2019)

Na UCIC o rácio é de três enfermeiros durante turno da manhã, dois enfermeiros durante a tarde e noite, o que equivale a dois enfermeiros prestarem cuidados a três doentes no turno da manhã e um enfermeiro com dois doentes, já no turno de tarde e noite o rácio praticado é de um enfermeiro para quatro doentes. Sendo a UCIC uma unidade de nível II que tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, pode não proporcionar o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior, sendo o recomendado um enfermeiro para dois doentes, o que não se verifica na UCIC (Regulamento nº734, 2019).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021) reconhece que a qualidade e a segurança de prestação de cuidados de saúde são extremamente importantes visando garantir os direitos do cidadão no sistema de saúde, este plano encontra-se estruturado em cinco pilares (Cultura de segurança, Liderança e governança; Comunicação; Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; Práticas seguras em ambientes seguros) que suportam 14 objetivos estratégicos.

De acordo com a WHO, a cultura de segurança numa instituição de saúde corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso relativamente às questões da segurança do doente (Despacho n.º 9390/2021).

Assim, as instituições e os seus gestores, ao criarem condições que garantem uma cultura centrada na segurança, proporcionam a todos, nomeadamente aos doentes, famílias e profissionais de saúde, confiança e uma maior abertura para debater sobre possíveis fragilidades do sistema e até a ocorrência de eventos indesejáveis, dando resposta a estes desafios de maior complexidade (Despacho n.º 9390/2021).

Desta forma, tive a oportunidade de participar numa formação sobre Qualidade e Segurança em Cuidados de Saúde, conseguindo aprofundar conhecimentos e adquirir competências baseadas na gestão do risco e notificação de segurança no hospital, que contribuem para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados. No CH existe uma plataforma interna onde é possível realizar notificações ao risco de forma anónima ou identificada, essa notificação é avaliada e encaminhada para os serviços competentes e é fornecida uma resposta posteriormente com o intuito de melhoria. Esta estratégia vai ao encontro do que está preconizado pela WHO e a Comissão Europeia, sendo recomendado o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, mas sim de melhoria contínua, e de proteção do notificador (Despacho n.º 9390/2021).

Durante o exercício da profissão no SU, foram várias as situações em que recorri a esta plataforma para notificar situações que considerei de risco, nomeadamente, quedas de monitores podendo causar dano ao doente e equipamentos, falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI) que pôs em causa a minha segurança e dos meus colegas na prestação de cuidados, assim como dotações não seguras de profissionais em situações de uma maior afluência do SU, pondo em causa a segurança do doente. Em relação à queda de monitores, o meu superior hierárquico informou-me que tinha realizado pedido de intervenção especializado e que os monitores já se encontravam seguros. Pela falta de EPI e pelas dotações não seguras de profissionais foi-me enviada a resposta pelo correio eletrónico do CH a dizer que tinha razão, mas que seriam situações pontuais; porém, estas situações são observadas com regularidade.

No mesmo hospital existe um plano de prevenção e registo de quedas, através da Escala de Morse, disponível no SClínico. A segurança do doente passa por garantir e promover o seu bem-estar e evitar o risco de queda, através da colocação de uma pulseira identificativa do risco, utilização de camas com grades de proteção laterais e outros dispositivos, intervenções efetuadas por mim visando a segurança do doente (DGS, 2019). Outro Instrumento para a avaliação do risco, é a escala de *Braden* que avalia o possível desenvolvimento de úlceras de pressão; este instrumento também se encontra disponível no SClínico, e é efetuada a cada 24h nos doentes que permanecem mais que 24h no SU e 48h na UCIP e UCIC (DGS, 2011).

Rezende et al. (2021) num estudo concluíram que, as estratégias educacionais inovadoras desempenham um papel crucial na mudança de mentalidade dos profissionais de saúde, nomeadamente na identificação do doente como uma parte inicial e essencial do cuidado seguro. Além disso, essas intervenções devem incluir ativamente os doentes e familiares para aumentar a consciencialização sobre a sua relevância no processo de identificação do cliente para garantir práticas seguras.

Para garantir a segurança na identificação do doente, os administradores hospitalares devem implementar processos transparentes e protocolos de identificação abrangentes desde a admissão do doente até a alta. Isso deve envolver toda a equipa responsável pelo atendimento direto ou indireto ao doente e também a adoção de pulseiras de identificação com identificadores padronizados. Além disso, os líderes hospitalares devem disponibilizar recursos de tecnologias de informação que tenham sido testados e validados, considerando as necessidades e prioridades da organização que fortaleçam a segurança da identificação do doente, isso inclui o uso de leitores de código de barras e sistemas de computador seguros para pedidos e documentação (Rezende et al., 2021).

No SU, de forma a manter a segurança do doente, e também por causa da restrição de visitas devido à pandemia, foi criada a Pulseira Alerta Identificação, padronizada com as seguintes características: impermeável, às riscas amarelo e preto. Estas particularidades têm como objetivo serem de fácil observação e ter uma maior durabilidade. A colocação deste alerta é feita a todos os doentes admitidos no SU para os quais não é possível a confirmação inequívoca da sua identificação; aplica-se ao doente incapaz de se autoidentificar e sem pessoa de referência na admissão que permita confirmar a sua identificação. Este alerta deve ficar registado no processo clínico. Contudo, em doentes sem compromisso de locomoção, houve a necessidade de conceber outro método. Foi então no último ano criado um dispositivo de geolocalização para colocação em doentes com risco de abandono, acionando um ruído sonoro sempre que o doente passa por alguma saída do SU. Este sistema permitiu uma maior segurança e diminuiu o abandono de doentes que não possuem capacidade cognitiva para abandonarem o serviço sozinhos.

Na UCIP e UCIC não existem estes sistemas, o que, na minha opinião até faz algum sentido, porque, sendo serviços mais controlados, existe uma maior vigilância se houver risco de abandono; é apenas aplicada a pulseira rosa em doentes com risco de queda.

Falando de segurança, importa evidenciar que a triagem é um método que permite a gestão do risco clínico de forma organizada e com segurança, na afluência de doentes ao SU. O SU do CH foi o primeiro serviço a implementar um Sistema de Triagem de Prioridades, Sistema de Manchester, função que também exerço desde 2019. Este sistema permite a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao agilizar a identificação e o atendimento dos casos mais urgentes, facilita a comunicação entre os profissionais de saúde e fornece informações para a gestão eficiente dos recursos. No Regulamento n.º743/2019 da OE é recomendado que o posto de triagem seja assegurado, preferencialmente, por EEEMC, na área de PSC, por este ser dotado de competências específicas nesta área.

A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021).

A DGS em 2017d, lançou uma norma da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde onde preconiza que os cuidados transcritos devem obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas, contribuindo para a segurança do doente, devendo ser uniformizada, utilizando a técnica ISBAR, em que cada sigla corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações).

No SU aos doentes internados eu utilizo esta metodologia, contudo na maioria dos doentes que estão em episódio de urgência isso não se verifica. Todavia, considero que se houvesse uma simplificação ajustada aos doentes do SU era um método mais seguro de transmissão de informação.

Em relação aos campos de estágio por onde passei, na UCIP é realizada sempre pelo chefe de equipa um *debriefing* do turno, salientado em cada doente os aspetos mais importantes, como alguma descompensação hemodinâmica, realização de exames agendados, transferências, entre outros. De seguida, é realizada de forma individual a passagem dos doentes de enfermeiro para enfermeiro à cabeceira do doente com ajuda dos registos em papel que se encontram junto à unidade. Considero o *debriefing* um momento importante de comunicação com a equipa, pois são transmitidas informações pertinentes; em relação à passagem de turno, acredito que seria pertinente que essa

transmissão de informação fosse em equipa, pois esta teria conhecimento de todos os doentes da sala o que seria útil na interajuda entre colegas. Porém as passagens de turno são muito morosas na unidade e se toda a equipa estivesse a ouvir iria atrasar muito o início da prestação de cuidados.

Já na UCIC é impresso o plano de cuidados realizado no SClínico, e é realizada a passagem de turno em grupo, ouvindo todos os elementos a passagem de informação de todos os doentes. Este método de passagem de informação parece-me o adequado porque toda a equipa conhece os doentes e é discutido o plano de enfermagem para cada doente em equipa. Contudo, o facto de não utilizarem um método ISBAR na transmissão da informação gera o risco de esta nem sempre ser sistemática e completa.

Atualmente, o CH é um hospital certificado pela Norma ISO 9001. Trata-se de um referencial de gestão da qualidade centrado na satisfação do utente e que permite um consistente e regular diagnóstico de oportunidades de melhoria, perante situações problemáticas que se possam encontrar, sendo que os contributos de todos os profissionais fazem esta creditação, para a qual tento contribuir também, prestando cuidados de Enfermagem de qualidade, com vista sempre à melhoria.

Os protocolos, são instrumentos que contêm recomendações estruturadas de forma sistemática, baseando-se em evidências científicas, com o propósito de orientar as decisões de profissionais de saúde a respeito da atenção adequada a ter em situações de prevenção, tratamento ou reabilitação da saúde (Pimenta et al., 2017). Pode constatar-se que são permanentemente desenvolvidos no CH protocolos e normas, com vista à promoção da qualidade de cuidados. Estes protocolos são elaborados pelos profissionais peritos nas diversas áreas, nomeadamente enfermeiros, que depois ficam disponíveis no Portal Interno, após um período de apreciação pelos pares. No SU, assim como na UCIP e UCIC são desenvolvidos múltiplos protocolos da sua área de intervenção, permitindo uma uniformização dos procedimentos baseados na evidência, fomentando assim, a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados, indo ao encontro do referido no artigo 9º do REPE. Deste modo, procuro de forma contínua, ter conhecimento dos protocolos mais atualizados e atuar em conformidade. Estes protocolos no processo formativo do mestrado foram um excelente contributo para a minha integração nos serviços, facilitando-o e permitindo-me trabalhar em conformidade com as equipas.

A colaboração estreita dos enfermeiros com a equipa médica na elaboração de normas e protocolos apresenta-se como extremamente benéfica, não apenas devido à constante melhoria destes procedimentos, mas também à descentralização de responsabilidades que resulta numa maior eficiência na sua implementação. Além disso, promove um espírito de equipa que visa alcançar um objetivo comum: aprimorar a qualidade dos cuidados prestados. A motivação e o apoio da equipa desempenham um papel fundamental no funcionamento geral e na qualidade do atendimento aos doentes. Na minha perspetiva, é de destacar o alto nível de profissionalismo e cooperação que observei nos dois serviços por onde passei e pelo serviço onde exerço funções. Os benefícios para os doentes são inúmeros, que resulta numa prestação de cuidados de excelência.

Fumagalli et al. (2020), defende que a colaboração na prática de cuidados pela equipa multiprofissional, através da partilha de saberes e com empoderamento dos profissionais em busca de um objetivo comum, é uma importante ferramenta no processo de trabalho, pois torna-o mais efetivo e gera melhor qualidade e acesso aos cuidados de saúde. A colaboração entre profissionais de saúde é imprescindível para a produção de melhores resultados na prática do cuidado.

O contexto e as condições em que os cuidados de saúde são prestados influenciam a segurança e a eficácia desses cuidados, daí a importância que existe para os resultados em saúde, especialmente no que diz respeito à qualidade e à segurança. Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, o percurso de cuidados, a confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021).

A identificação de fatores que possam influenciar a segurança do doente possibilita a implementação de melhorias nos cuidados prestados reduzindo a ocorrência de possíveis danos para os doentes. Os enfermeiros, devido à proximidade que têm com os doentes, tornam-se peças fundamentais na implementação de melhorias para a diminuição dos erros e aumento da qualidade dos cuidados prestados (Azevedo et al., 2020).

Como futura EEEMC fiz por me destacar na promoção da melhoria contínua da qualidade nos cuidados de saúde, desenvolvendo competências que podem contribuir significativamente para a segurança, eficácia e satisfação do cliente, além de impulsionar a excelência na prestação de cuidados de saúde.

### 2.3.DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, ao nível do domínio da gestão dos cuidados o EE, independentemente da sua área de especialidade, gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a restante equipa de saúde e adapta a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, apontando a garantia e a qualidade dos cuidados. O EEEMC, deve assumir uma posição na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos, pelo que o seu papel na gestão de qualquer um destes assume uma grande importância no meio onde exerce, permitindo o planeamento de respostas e prestação de cuidados com qualidade e segurança (Regulamento nº 140/2019).

No contexto deste domínio de competências, as atividades que realizo no meu local de trabalho são diversificadas, contudo desenvolvi outras diferentes no âmbito dos ensinamentos clínicos na UCIP e UCIC.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns (Regulamento nº 140/2019), ao EE são exigidas também competências na área da Gestão, sendo que estas fazem parte integrante da sua prática diária. Esta exigência inclui não só a gestão de recursos materiais, instalações e equipamentos, mas também a gestão de recursos humanos e dos cuidados. Neste domínio, tive também a oportunidade de acompanhar os Enfermeiros tutores em vários turnos em que se encontravam como responsáveis de turno, tendo identificado outras funções do EEEMC na UCIP como na UCIC, nomeadamente ao nível da gestão de recursos humanos, coordenação de enfermeiros e assistentes operacionais, distribuição de enfermeiros nos turnos subsequentes e alocação de recursos, previsão de necessidades de recursos humanos para turnos e dias seguintes. Também em relação à gestão de materiais e equipamentos, nomeadamente, ao nível da gestão de stocks de material e medicação, em articulação com serviços de apoio, como o aprovisionamento, a esterilização e a farmácia. No que concerne à gestão dos cuidados, particularmente ao nível da gestão e coordenação dos cuidados ao longo do turno, supervisão da prestação de cuidados e decisões em relação aos doentes.

Assim sendo, considera-se que o EE gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa multidisciplinar e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Considero que estive particularmente atenta nesta área de atuação. A maioria dos enfermeiros responsáveis de turno são especialistas, sendo os restantes elementos escolhidos pela chefia por terem uma vasta experiência. Esta estratégia vai ao encontro do preconizado pela OE, no Parecer Conjunto nº01/2017 que define que a atribuição da função de responsável de turno compete ao EE enquanto profissional mais bem preparado e com competências para a área da gestão; todavia, na ausência deste, poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que, comprovada a sua competência para a função pela chefia por terem uma vasta experiência.

No que se refere à reposição de material no SU, o responsável de cada área tem essa responsabilidade, sendo que em vários planos de trabalho já sou responsável de setor; desta forma, tenho de garantir que estejam ao dispor da equipa os recursos necessários em colaboração com a assistente operacional. Existe um sistema de reposição de material de consumo clínico e hoteleiro por *Hospital Logistics System (HLS)*, que é um sistema de reposição de duas caixas (KANBAN) com reposição bi-diárias. Porém, no SU existe sempre um coordenador geral de Enfermagem. Com o decorrer do mestrado e os ensinamentos clínicos frequentados foi para mim, tornou-se mais fácil de perceber este cargo e que competências estão inerentes à sua função.

Muitas são as situações em que existe a necessidade de articular com outros profissionais, no sentido de realizar com segurança as tarefas delegadas. Realço por exemplo, a coordenação de exames complementares de diagnóstico, bem como transferências para outros serviços; isto acarreta disponibilidades de outros colaboradores, mas também a disponibilidade do próprio serviço. Nestas situações, a minha tomada de decisão foi sempre efetuada com a comunicação prévia a toda a equipa multidisciplinar com a articulação das tarefas e do tempo disponível, corroborando com a OE no Regulamento nº 140/2019, onde diz que o EE deve melhorar a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar, otimizando assim o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

Na UCIP e na UCIC sempre que um doente tem necessidade de efetuar um exame complementar de diagnóstico cabe ao enfermeiro responsável a articulação entre a unidade e o local de realização do exame. Assim, tive oportunidade diversas vezes de realizar esta preparação, tendo reunido todo o material necessário, verifiquei sempre se as máquinas perfusoras e as seringas tinham bateria suficiente e se nenhum dos fármacos

acabaria durante o transporte. Conectei também o monitor de transporte, verifiquei as condições de oxigenoterapia (se a bala tinha oxigénio suficiente para o transporte e permanência no local do exame).

Todas as saídas de doentes que visam a realização de um exame complementar de diagnóstico são acompanhadas por médico, enfermeiro, assistente operacional e mensageiro. No SU a realização da maior parte dos exames é feita no próprio serviço, em área distinta, onde o acompanhamento em caso de instabilidade é realizado por enfermeiro, médico e auxiliar, não sendo necessário mensageiro. Durante a minha permanência na UCIP e UCIC tive oportunidade de acompanhar inúmeros doentes à realização de exames, e pude realizar e comprovar com eficiência e o pormenor com que tudo é definido antes da saída do doente, promovendo a segurança do transporte do doente em questão.

De salientar que no Despacho nº10319/2014, é recomendado que pelo menos 50% dos profissionais de um SU polivalente tenham formação em transporte de doentes críticos, formação que já possuo. Desta forma, o risco para a PSC associado ao transporte pode ser minimizado através de um plano adequado, executado por profissionais qualificados e com seleção de equipamentos adequados (Oliveira et al, 2019).

A Ordem dos Médicos (OM) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) lançaram este ano as recomendações atualizadas para o transporte de doentes críticos adultos, cruciais para garantir a segurança e eficácia desse processo complexo. Essas diretrizes envolvem a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, garantindo uma decisão compartilhada sobre a transferência. É importante ressaltar que preocupações econômicas não devem impedir a transferência de doentes críticos, priorizando sempre a saúde do doente (OM & SPCI, 2023).

O processo de transporte é dividido em três fases: a decisão de transferência, o planeamento e a efetivação. O planeamento requer uma preparação minuciosa, considerando coordenação, comunicação, estabilização do doente, seleção da equipa adequada, garantia de equipamento apropriado, planeamento de transporte e documentação completa para registo. Antecipar riscos e adoção de medidas preventivas, especialmente em momentos críticos do transporte, é essencial para a segurança do doente (OM & SPCI, 2023).

A efetivação do transporte é da responsabilidade da equipa de transporte, que permanece atenta até a passagem do doente para o cuidado da equipa de destino. As instituições de saúde devem organizar os recursos necessários para o transporte, colaborando com o INEM e o Centro de Orientação de Doentes Urgentes, se necessário. É fundamental estabelecer contato prévio com o serviço ou instituição de destino para garantir prontidão (OM & SPCI, 2023).

Ao longo de todas as etapas do transporte, é imperativo manter os doentes conscientes e informados, bem como seus familiares diretos, por meio de comunicação constante, seja verbal ou escrita. Para garantir a segurança e eficácia do transporte de doentes críticos, todos os profissionais envolvidos devem receber formação específica. Além disso, é crucial estabelecer protocolos claros para situações específicas, como transporte aéreo ou casos de doenças infecciosas emergentes. Existe uma lista de verificação, *check lists*, como metodologia recomendada a ser utilizada na redução de incidência de complicações e na simplificação e sistematização das diferentes fases do transporte (OM & SPCI, 2023).

Em todas as fases do transporte, a segurança do doente e dos profissionais de saúde é uma prioridade, e os registos devem ser mantidos de forma consistente para documentar todos os aspetos do transporte. Seguir rigorosamente essas recomendações contribui significativamente para garantir a segurança e o bem-estar dos doentes críticos durante o transporte (OM & SPCI, 2023).

Em relação à distribuição de doentes no SU, esta é realizada pelo enfermeiro coordenador no final de turno, rodando os enfermeiros por todas as áreas do SU. Na UCIP e UCIC também se verifica que o enfermeiro responsável elabora um plano de trabalho para o turno seguinte, fazendo-o de acordo com a instabilidade dos doentes e carga de trabalho associada. Existe o cuidado na promoção da rotatividade da equipa pelos diferentes doentes, permitindo deste modo, o contato com as mais diversas patologias, terapêuticas e tratamentos, bem como um conhecimento mais pormenorizado de todos os doentes internados na unidade. Este plano de trabalho é elaborado também de forma a distribuir do modo mais equilibrado possível a carga de trabalho enfermeiro/doente. No início de cada turno o enfermeiro verifica no plano de trabalho quais os doentes que terá a seu cargo e prossegue-se a passagem de turno.

Nos serviços por onde passei não existe nenhuma ferramenta para a realização da distribuição do plano de trabalho. Contudo, é de salientar que na literatura internacional

existem vários instrumentos capacitados para a mensuração da carga de trabalho dos enfermeiros, destacando 11 instrumentos de medida em UCI (Macedo et al., 2021). O seu objetivo é quantificar a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem em UCI possibilitando a avaliação adequada da complexidade do doente, fundamentando informação vital para a previsão e a provisão de recursos materiais e humano. Em Portugal, o instrumento mais utilizado é o TISS 28, que em 2017, após validação do NAS deixou de ser a única ferramenta validada para o efeito. De acordo com os autores, existem limitações na utilização do TISS 28 mensurando apenas 43,3% da carga de trabalho, enquanto o NAS abrange 80,8% da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI (Macedo et al., 2021).

Nos três serviços toda a equipa de Enfermagem é responsável pela verificação e manutenção do carro e mala de emergência. Deste modo, rotativamente, existe um enfermeiro destacado, por cada turno, responsável por:

- Verificar se o desfibrilhador se encontra conectado à corrente;
- Efetuar o teste do desfibrilhador;
- Verificar se o carro de emergência está devidamente selado, procedendo ao seu registo, em folha própria.

Para além desta verificação diária, existe, todos os meses, um enfermeiro responsável pela verificação de todo o material, como as condições de armazenamento, prazos de validade dos fármacos, e outros, existente no carro de emergência, preenchendo para esse efeito uma *check-list*, sendo que no SU esta verificação mensal é realizada pela enfermeira coordenadora. Durante o ensino clínico na UCIC tive a oportunidade de realizar a verificação e manutenção do carro de emergência, tendo feito a *check-list* sozinha.

A metodologia científica de trabalho usada pela equipa de Enfermagem na UCIP e UCIC é a mesma: método de enfermeiro responsável, internacionalmente conhecido como *primary nursing*. Consiste numa prestação de cuidados aos clientes internados exclusivamente por um profissional, através de uma responsabilidade individualizada nas tomadas de decisão em relação à assistência de enfermagem ao doente. Neste método, o enfermeiro é responsável por decidir como o cuidado deverá ser prestado aos seus doentes numa base diária contínua e para além de os decidir, simultaneamente presta cuidados

(Kron e Gray, 1994; Frederico e Leitão, 1999; Magalhães e Juchem, 2000; Manthey, 2014 as cited in Silva, 2017).

Pelo exposto, este método parece adequar-se aos doentes da UCIP e UCIC, tendo em conta as necessidades em cuidados de Enfermagem dos mesmos, as características do serviço e os recursos humanos e materiais existentes. De referir ainda que, uma das vantagens deste método é a criação de uma relação mais profunda entre enfermeiro/doente, promovendo a continuidade dos cuidados, personalização dos mesmos e segurança do cliente desde a admissão até a alta e a maior autonomia e responsabilidade ao enfermeiro, que é o melhor que se adequa à aplicação do processo de Enfermagem. São apontadas como desvantagens deste método a difícil implementação quer pelo tipo de horários praticados, trocas no horário e quando a taxa de rotação de doentes é elevada, exige uma maior dotação de pessoal e elevados níveis de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais dos enfermeiros. (Frederico e Leitão, 1999, Parreira, 2005 as cited in Silva, 2017). Contudo, pude observar que sempre que me surgiram dúvidas ou dificuldades, existiu uma grande cooperação entre a restante equipa.

No SU este método de enfermeiro responsável só é praticado nos doentes que se encontram nas áreas de observação ou em doentes internados. Nas áreas, como a Sala Laranja (onde se encontram doentes triados com pulseira laranja do foro médico ou doentes com outra prioridade com agravamento da sua condição clínica), a Área Cirúrgica, Ortopedia e Clínica Geral isso já não se verifica; nestas áreas é utilizado o método de trabalho de equipa, que preconiza que toda a equipa é responsável por todos os cuidados prestados aos clientes a seu cargo, tendo como orientação um líder (Costa, 1999; Frederico e Leitão, 1999, Parreira, 2005 as cited in Silva, 2017). No SU esse líder é assinalado em plano com a letra “M”, sendo este responsável pela área. Tal como referi anteriormente, já fico muitas vezes com essa responsabilidade e, apesar de cooperar singularmente para a satisfação das necessidades do doente, toda a equipa conhece as necessidades e problemas dos clientes a seu cargo pois são discutidas em grupo (Parreira, 2005 as cited in Silva, 2017).

Como vantagens, o método de trabalho de equipa apresenta maior aproveitamento das capacidades de todos os enfermeiros que compõem a equipa apoiando os menos experientes, promove a dinâmica de grupo, contribui para melhorar a qualidade dos cuidados e fomenta a liderança e a comunicação. Como limitações, este método exige

grande espírito de equipa, pois se não for o caso, surgirão dificuldades de colaboração e comunicação entre enfermeiros, refletindo-se na prestação de cuidados ao doente; este método exige também um maior número de recursos humanos e, caso não haja correta distribuição e coordenação, terá tendência para ser praticado o método funcional ou também denominado de método de tarefa (Frederico e Leitão, 1999; Parreira, 2005 as cited in Silva, 2017).

Em relação à terapêutica, num SU, esta é muito diferenciada e diversificada, usando as mais diferentes formas e vias de administração, apresentando um elevado grau de especificidade abrangendo várias áreas terapêuticas. Administro analgésicos, antibióticos, medicação vasopressora, vasodilatadora, sedativos, ente outros. Por isso procuro ter o conhecimento desta área o mais atualizada possível, pois é uma área em constante atualização.

Em relação à UCIP, o desenvolvimento de conhecimentos de farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos mais utilizados foi um processo gradual e essencial para a boa atuação perante o doente crítico, pois não tinha tido contato antes com muitos dos fármacos utilizados, nomeadamente sedativos e curarizantes.

Os sedativos, um grupo de fármacos muito utilizados nesta unidade, são importantes para manter a ventilação adequada nos doentes ventilados, pois contribuem para a diminuição do trabalho respiratório, reduzindo assim a resistência do doente contra o ventilador (Rodrigues et al., 2014 as cited in em Santana et al., 2023). Em alguns doentes este efeito não é o suficiente para a redução do trabalho respiratório, pelo que é necessária a paralisação neuromuscular, com a administração de curarizantes.

Na utilização de curarizantes, é importante saber que estes, apenas suspendem de forma temporária o movimento dos músculos, não inibindo o estado de vigília, nem a dor que o doente possa sentir. Então, nunca pode ser posta de parte a dor, pelo fato de o doente estar sedado e curarizado (Aizenstein, 2016, as cited in Santana et al., 2023). Na UCIP tive a autonomia para ajustar as perfusões de sedação e analgesia conforme as necessidades do doente sempre com o cuidado de vigiar possíveis alterações que pudessem ocorrer e logo que possível comunicar ao médico o que foi alterado e o porquê.

Na UCIC, com a orientação dos enfermeiros tutores e através de estudo individualizado, desenvolvi conhecimentos sobre os fármacos utilizados na unidade. Um grupo de fármacos muito utilizados são os antiagregantes plaquetares, os inibidores da

glicoprotéina IIb/IIIa, aminas como a noradrenalina e a dobutamina, vasodilatores, cardiotónicos como o levosimendan, entre outros, tendo desenvolvido também autonomia para ajustar as perfusões de fármacos.

Na minha prática diária e não diferente dos ensinamentos clínicos, existe uma ferramenta muito importante, que é o sistema informático SClínico, o que ajuda a diminuir as ocorrências de erro humano, sistema esse no qual encontro toda a informação do doente, entre medicação prescrita, exames complementares de diagnóstico, análises pedidas e procedimentos médicos e de Enfermagem. Contudo, apesar de ser uma importante ferramenta à minha disposição, os cuidados não devem ser desumanizados e a gestão de prioridades não deve ser feita pelo aplicativo informático, mas sim, por mim segundo o meu senso clínico.

O controlo de infeção é outro dos aspetos relevantes. A utilização de medidas de prevenção institucionais preconizadas e o uso de material clínico individualizado, evitando sempre os fatores de contágio são algumas das atitudes que levo a cabo. O CH tem comissão de controlo de infeção com interlocutores em todos os serviços e que realiza formações em serviço regularmente, em que já tive a oportunidade de participar várias vezes, nomeadamente, Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), campanha da desinfeção das mãos, entre outras.

Existem ainda alguns mecanismos utilizados no SU para o controlo de infeção, como um quarto de isolamento com condições apropriadas para receber doentes que por exemplo, têm tuberculose pulmonar, clostridium entre outras patologias que necessitam de isolamento seja respiratório e/ou de contacto.

Na UCIP existem quatro quartos de isolamento, dois dos quais com a possibilidade de criar pressão negativa e pressão positiva; já na UCIC não existe nenhuma unidade com isolamento; porém, o serviço de cardiologia comporta dois quartos de isolamento que, em caso de doentes estáveis, podem ser utilizados.

Com a doença COVID-19, sendo o CH, um hospital que recebe estes doentes houve a necessidade de implementar novas medidas de controlo de infeção, onde fomos até pioneiros, pois foi a 2 de março de 2020 que o SU recebeu em Portugal o primeiro doente infetado com SARS-COV2. As ações de formação interna, nesta área, foram necessárias e essenciais para me capacitar na prestação de cuidados adequados, o que me facilitou na minha prestação de cuidados durante os estágios. Atualmente, existe no hospital um

serviço para doentes portadores de COVID-19; contudo, se o doente tiver outra patologia agudizada, cada serviço deve ter quartos de isolamento para receber estes doentes. Como referi anteriormente, na UCIP tive oportunidade de prestar cuidados a estes doentes com disfunções multiorgânicas provenientes da doença. Na UCIC, como não há isolamento para estes doentes, eram transferidos para outras UCI do hospital com isolamento ou se estáveis, para os quartos de isolamento da cardiologia.

## 2.4.DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Ao nível das aprendizagens profissionais, o EE deve desenvolver o autoconhecimento e assertividade e basear a sua prática clínica especializada na evidência científica (Regulamento nº 140/2019).

De acordo com a OE na Lei nº 156/2015, no CDE, o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

A Enfermagem, sendo uma ciência, possui um conjunto de conhecimentos próprios cuja delimitação é resultado da investigação, tendo como objetivo responder a questões ou resolver problemas de forma sistemática, rigorosa e científica. Dessa forma, é possível desenvolver, aperfeiçoar e ampliar o conhecimento em Enfermagem com qualidade, trazendo benefícios tanto para o cliente, quanto para o profissional (Teixeira & Figueiredo, 2020).

Uma prática de Enfermagem baseada em evidência é aquela que incorpora a melhor evidência científica disponível, combinada com a experiência e os valores e preferências dos clientes. Essa conduta surge da necessidade de integrar os conhecimentos produzidos na prática, proporcionando benefícios em termos de saúde e a otimização dos cuidados (Teixeira & Figueiredo, 2020).

A investigação é uma prática autónoma do enfermeiro e contribui para a segurança dos cuidados e para a otimização dos resultados em Enfermagem, além de promover o desenvolvimento profissional. Por isso, decisões tomadas com base em informações insuficientes ou em hábitos podem levar a erros e resultar na prestação de cuidados de

baixa qualidade, ineficazes ou até mesmo prejudiciais aos doentes (Teixeira & Figueiredo, 2020).

Neste domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a aquisição de competências deve-se principalmente ao investimento pessoal para me manter atualizada cientificamente e ao desejo de que o meu crescimento profissional seja acompanhado por autoconhecimento e maturação pessoal.

Todo o caminho percorrido ao longo da minha vida contribuiu para a pessoa e profissional que sou. Ser enfermeira exige a aquisição de competências de diversificados âmbitos, entre eles, âmbito emocional, comunicacional e relacional. Neste sentido, surgiu o meu interesse e motivação por ingressar neste mestrado.

Na prática de Enfermagem, salienta-se a importância do pensamento crítico para o julgamento clínico, o qual levará aos diagnósticos de Enfermagem, intervenções e reavaliação do plano de cuidados (Luiz et al., 2020).

Segundo o estudo de Peixoto e Peixoto (2017), foi possível perceber que o conceito do pensamento crítico em Enfermagem se caracteriza como um processo complexo e multidimensional que engloba a capacidade intelectual que o indivíduo possui para procurar, identificar e desafiar o que considera relevante para a tomada de decisão, assim como a capacidade para conjugar a experiência, o conhecimento e o raciocínio na identificação e exploração de métodos alternativos de referência, tendo em conta o contexto e a atitude, que integra os domínios afetivos, capaz de influenciar o pensamento lógico, situacional e intencional.

Segundo os mesmos autores, a educação de profissionais orientados para pensar criticamente sobre a sua atuação diária, deve começar na formação inicial. Desta forma, as escolas e pessoal docente, assim como enfermeiros tutores devem criar ambientes propícios para o desenvolvimento da reflexão, da criatividade e da confiança dos estudantes, desenvolvendo e implementando estímulos para o desenvolvimento das habilidades destes para pensar criticamente, obtendo alterações no significado que a profissão tem para a sociedade.

No exercício da profissão no SU, a orientação de alunos no estágio de integração à vida profissional, para mim é uma experiência bastante enriquecedora porque, por um lado, é uma oportunidade para a realização de uma autoanálise fomentando o pensamento crítico, e por outro, uma importante partilha de conhecimentos. No período em que

oriento alunos, permite-me perceber as minhas dificuldades e lacunas, esse estado de espírito, leva-me a pesquisar e procurar evidência científica para ir ao encontro das expectativas dos estudantes.

O enfermeiro é uma pessoa que cuida de pessoas. De forma a credibilizar a minha intervenção é imprescindível mostrar uma atitude segura de mim e dos conhecimentos que possuo. Assim, é importante ter uma boa capacidade de autoavaliação, devendo ser esta o mais honesta possível e refletir as minhas competências e habilidades adquiridas.

O *feedback* dado pelos meus colegas de trabalho ao longo do meu exercício profissional, a avaliação realizada pelos meus tutores e orientadora contribuem em muito também para o desenvolvimento do meu processo profissional e pessoal, sendo possível melhorar os aspetos menos positivos.

Durante o decurso da minha atividade profissional tive a oportunidade de realizar determinados cursos/formações úteis para a minha prática como o *International Trauma Life Support* (ITLS), Curso de Suporte Imediato de Vida, Transporte do Doente Crítico, entre outros. Durante o curso de mestrado também frequentei o Congresso de Enfermagem Intensiva, realizado na Coimbra Business School, nos dias de 23 e 24 de março de 2023. São importantes momentos de aprendizagem que demonstram o meu interesse pela PSC, podendo ser assim, uma evidência sólida do desenvolvimento de competências e do comprometimento com a atualização profissional.

Em relação aos campos de estágio o desenvolvimento de um estudo de caso, a realização das várias reflexões críticas, pelo ciclo de Gibb's, sobre situações vivenciadas, assim como o desenvolvimento de um projeto de autoformação sobre o cuidado especializado à gestão da dor no cliente com EAM foram importantes momentos de aprendizagem, que permitiram consolidar conhecimentos e desenvolver novos, assim como compreender os cuidados de Enfermagem de maior complexidade à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

De seguida, serão explanadas as competências específicas EEEMC à PSC.

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Quanto às competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC, e de acordo com a OE no Regulamento nº 429/2018, publicado no Diário da República II série, nº 135, “*a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.*” (p.19362). Assim, os cuidados de Enfermagem a estes doentes são altamente qualificados sendo prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades. Desta forma, considera-se igualmente uma competência, a capacidade de resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, bem como, a prevenção e controlo de infeção.

As competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC incluem (Regulamento nº429/2018, p.19359):

- *Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;*
- *Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;*
- *Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.*

De seguida, encontra-se um relato crítico das aprendizagens específicas desenvolvidas e/ou consolidadas ao longo do meu percurso profissional no SU e percurso académico nos ensinamentos clínicos da UCIP e UCIC, o que implica um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades.

### 3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CAIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

A PSC e a família/cuidador, pela complexidade da sua condição de saúde, requerem cuidados de enfermagem integrais e complexos, que compreendem uma grande área de conhecimentos e competências específicas.

De acordo com a OE no Regulamento nº 429/2018

*...a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. (p.19363).*

Neste sentido é importante que o EE na área da Enfermagem à PSC reúna competências que lhe permitam ser um elemento de referência nesse campo de ação proporcionando cuidados altamente qualificados.

No decorrer da minha experiência profissional, aprimorado durante os ensinamentos clínicos, presto cuidados ao doente crítico identificando os focos de instabilidade e agindo de forma antecipatória à instalação dos mesmos, diminuindo a possibilidade de desenvolver para situações de peri/paragem cardiorrespiratória.

No contexto intra-hospitalar, a paragem cardiorrespiratória não é súbita e “a identificação de sinais precoces de deterioração clínica são um passo fundamental na melhoria dos outcomes e da qualidade dos cuidados nos hospitais” (Caldeira 2021, p.113). Os sinais e sintomas mais comuns são a alteração do estado de consciência, taquipneia, taquicardia e a hipotensão (Caldeira, 2021). Para a prevenção e deteção precoce de complicações, no sentido de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, o processo de recolha de dados deve acontecer de forma sistémica e sistemática.

Um exemplo prático destas situações no meu dia-a-dia, são os doentes que entram no SU com Edema Agudo do Pulmão, apresentando eles, alteração do estado de consciência, com possibilidade de agitação, taquicardia, taquipneia e hipertensão (quando edemas hipertensivos), condição clínica na qual faço a diferença na sua estabilização precoce com posicionamento, otimização da ventilação e oxigenação, broncodilatação e gestão

medicamentosa, efetuando intervenções precoces com o intuito preventivo na deterioração da condição clínica do doente.

Contudo, a análise crítico-reflexiva entre colegas, tutores e orientadora nos diferentes estágios sobre o processo de recolha de dados dos doentes com a observação direta, consulta do processo, discussão do plano de cuidados e pesquisa bibliográfica revela-se fundamental.

Desta forma, foi importante compreender o funcionamento dos vários equipamentos de monitorização, como sejam, ventiladores mecânicos, monitores entre outros. Foi relevante pesquisar sobre terapêutica farmacológica, de forma a conhecer as suas indicações, efeitos secundários e forma de preparação. Tudo isto permitiu enquadrar toda a informação recolhida e assim, planear de forma organizada o processo de Enfermagem.

Para o efeito, ao longo do meu percurso profissional, foi enriquecedor a realização de cursos teórico-práticos que me ajudassem a ultrapassar as minhas necessidades num SU. Assim como, foi enriquecedor o desenvolvimento dos ensinamentos clínicos com o intuito de consolidação de saberes previamente adquiridos no ensino teórico do mestrado.

A identificação de prioridades na prestação de cuidados à PSC tem sido uma constante ao longo do meu percurso profissional e académico. Por outro lado, a sistematização dos cuidados com conhecimento das normas do serviço, avaliando criticamente as necessidades dos doentes, tem contribuído positivamente, para uma prática de cuidados especializados baseados na evidência. Para tal, como futura EE mobilizei conhecimentos e habilidades múltiplas adquiridas na formação teórica, consolidando outros conhecimentos adquiridos durante o meu exercício profissional para responder em tempo útil e de forma holística.

A prestação de cuidados à PSC e família inicia-se desde o momento da sua admissão, que difere do SU onde trabalho, para os serviços por onde passei em estágio.

No SU, a admissão começa com a triagem. A minha aquisição de competências no curso de Triagem de Manchester em 2019 e a experiência até ao momento, permitiu definir com maior rapidez qual é a prioridade de cada doente, resultando num atendimento rápido, evitando assim o caos no atendimento num SU. Para além do curso de Triagem de Manchester, no curso de Suporte Imediato de Vida e o Curso de ITLS auxiliaram-me no desenvolvimento das capacidades de execução de cuidados técnicos de alta

complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica.

Na minha atividade profissional, presto cuidados de Enfermagem a doentes críticos com uma elevada variedade de patologias, desde doentes com patologia respiratória, intoxicados, doentes do foro cardíaco, doentes com AVC, a doentes com traumatismos graves, entre muitos outros. Foi para mim enobrecedor perceber o circuito dos doentes depois do SU e prestar cuidados especializados posteriores na UCIP, assim como na UCIC.

No que diz respeito às VV, existem a VV AVC, VV C, a VV Trauma e a VV Sépsis, cujo principal objetivo é tentar responder, de uma forma mais rápida e eficiente, às necessidades do doente, sendo para tal criados protocolos de atuação entre as diferentes especialidades. Em relação à UCIP, a maior parte das PSC resultantes destas VV com disfunções multiorgânicas são encaminhadas para este serviço, mesmo até a VV C se o doente se encontrar com ventilação invasiva ou com falência multissistémica. Para a UCIC a única VV a ser encaminhada é a Coronária.

As VV são consideradas assim, estratégias organizadas que têm em vista um melhor acesso aos cuidados médicos de diagnóstico e tratamento em doentes de fase aguda, tendo como orientador de ação o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico ou tratamento, no sentido da redução da mortalidade (INEM, 2020).

Importa falar também da admissão na UCI, onde o EE tem um papel fundamental na preparação da unidade que irá receber o doente. Deste modo, deve ter-se em atenção a realização do teste ao ventilador (isto na UCIP), a verificação do funcionamento do insuflador manual, da saída de oxigénio e do sistema de aspiração. É importante também, testar os cabos de pressão para avaliação da tensão arterial, da saturação de oxigénio e da linha arterial e venosa central. Deve haver, por parte do EEEMC à PSC, alguma preocupação na aquisição de informação prévia do estado hemodinâmico do doente e da terapêutica necessária no imediato, facilitando assim o processo de admissão. A unidade fica, assim, preparada para se admitir o doente de forma mais zelosa possível. Ao longo dos ensinamentos clínicos desenvolvi competências na preparação da unidade do doente, tendo tido uma orientação pormenorizada deste processo, pelos meus tutores e restante equipa.

Sendo a admissão do doente um momento complexo pela instabilidade hemodinâmica que pode apresentar à chegada, existe a necessidade de uma abordagem estruturada no

sentido de estabilizar a PSC. Procurei assim, de forma coordenada tornar este processo o mais seguro, eficaz possível, tendo para isso a colaboração dos colegas das equipas.

Na admissão da PSC, preconiza-se uma abordagem ABCDE, ou seja, uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE designadamente, avaliação da via aérea (A), da respiração (B), da circulação, medicação e acessos venosos e/ou centrais (C), do estado neurológico (D) e exposição, estado da pele, dispositivos (E). Esta abordagem é essencial no reconhecimento e tratamento precoce de situações especiais para prevenir a paragem cardiorrespiratória (INEM, 2020).

Tendo já realizado o ITLS, esta abordagem já era conhecida por mim, sendo colocada em prática na minha atividade profissional no SU; porém os ensinamentos clínicos contribuíram para uma consolidação de saberes mais bem fundamentados.

A situação de doença grave atinge não só a pessoa doente, mas, provoca sofrimento na sua família e pessoas significativas afetando as suas vidas e circunstâncias de vida (Sá & Henriques, 2021). O acolhimento à família é realizado na UCIP fora da unidade, numa sala própria destinada para esse fim; concomitantemente, prepara-se a família para o aspeto do doente e da unidade, sendo dado suporte emocional. Na UCIC e no SU não existe essa sala e esse acolhimento é realizado maioritariamente junto à unidade do doente, o que na minha opinião é um local com menor privacidade, o que pode ser considerado um fator desfavorável no acolhimento da família.

Conjuntamente com os enfermeiros tutores, desenvolvi estratégias de adaptação e comunicação, o que permitiu desenvolver competências no acolhimento à família da PSC. No primeiro contacto com a família, procurei compreender qual a informação que detinham sobre o estado de saúde do doente, a história clínica do mesmo e o contexto social, executando uma escuta ativa, enquanto respondia às questões dos familiares, sendo empática, dando orientações e doseando a informação de forma a tranquilizá-los e a dar suporte emocional.

Foi possível o desenvolvimento de estratégias comunicacionais na relação com a família da PSC, nomeadamente a capacidade de transmitir informação atualizada de forma regular, a utilização de uma linguagem acessível, a demonstração de uma atitude empática, manter contato visual, a utilização do toque, a escuta ativa e o apoio emocional, gerindo as expectativas e esperança. Estas estratégias comunicacionais devem ser

mobilizadas quer seja a nível da abordagem primária na admissão do doente, quer no âmbito da transmissão de más notícias, quer na gestão do plano terapêutico do doente, quer no momento das visitas. Isto porque é a situação única e singular da família que determina a intervenção terapêutica de Enfermagem, através da mobilização intencional de determinada estratégia comunicacional naquele singular contexto e momento de cuidar (Sá & Henriques, 2021).

As intervenções relacionais exigem do EE o conhecimento das estratégias comunicacionais, pois são estas que permitem estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e ter um efeito na crise familiar, promovendo a saúde mental da PSC, família ou pessoa significativa. Comunicar de forma terapêutica requer uma intencionalidade na adoção de consistentes estratégias comunicacionais, que exigem a aquisição de competências, através da formação e consciencialização, para o seu uso enquanto instrumento do cuidar (Sá & Henriques, 2021).

Em relação à PSC, a sua gestão diferenciada da dor é também um elemento frisado nos padrões de qualidade dos cuidados especializados à PSC no enunciado bem-estar e autocuidado, referindo-se a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos, utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor (Regulamento nº 429/2018).

A dor na PSC é comum e a sua gestão representa um desafio. Os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor do doente crítico. Contudo, têm presente a vulnerabilidade destes doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento numa UCI (SPCI, 2023).

Teixeira e Durão (2016), também evidenciam que a dor está muitas vezes presente na PSC, tendo esta impacto no estado geral do indivíduo. A gestão da dor torna-se fundamental, envolvendo a sua avaliação, monitorização e tratamento, através do uso de escalas e indicadores de monitorização da dor adequados, que permitam identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas. A avaliação da dor é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde sendo um instrumento de trabalho que me acompanha no meu dia-a-dia e durante os ensinamentos clínicos não foi diferente.

A dificuldade na monitorização da dor quando estamos perante a PSC surge, habitualmente, quando há alterações de consciência, por sedação ou não, onde possa

haver alterações da comunicação verbal, como já foi referido no capítulo 1. Nestes doentes, o enfermeiro baseia-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor. Estas escalas com estes indicadores são denominadas escalas comportamentais de dor e são consideradas um importante instrumento de monitorização e avaliação da dor em cuidados intensivos, nomeadamente na UCIP (Teixeira & Durão, 2016; Alves & Sampaio, 2020;).

A dor, enquanto 5.º sinal vital, no SU é avaliada de seis em seis horas em doentes que se encontram internados ou nas áreas de observação; já na sala laranja não existe nenhuma metodologia, pois as dotações de enfermeiro-doente não permite essa periodicidade de avaliação, sendo avaliado e registado pelo enfermeiro que recebe o doente, e procedendo a nova avaliação quando justifique. Na UCIC também está preconizado de seis em seis horas, o que vai ao encontro do que está protocolado pela norma interna do CH, onde diz que em contexto de internamento, a avaliação da dor deve ser efetuada no mínimo a cada oito horas e pelo menos uma vez por turno. Na UCIP a avaliação é realizada de oito em oito horas, ou com uma periodicidade inferior sempre que existir essa necessidade.

O controlo e gestão da dor na PSC envolve não só a sua avaliação e monitorização, como também a implementação de intervenções interdependentes consideradas as medidas farmacológicas e as intervenções autónomas, como as medidas não farmacológicas para o seu tratamento (Teixeira & Durão, 2016).

A escada analgésica da WHO foi desenvolvida em 1986 para proporcionar alívio adequado da dor em doentes oncológicos. Estas recomendações foram elaboradas por um grupo internacional de especialistas, sofreu diversas modificações ao longo dos anos e é atualmente aplicada no tratamento da dor oncológica, mas também em condições dolorosas agudas e crónicas não oncológicas devido a um grupo mais amplo de doenças. A eficiência da aplicação desta estratégia é ainda discutível, porém ainda fornece uma abordagem simples para reduzir a morbilidade relacionada à dor em 70% a 80% dos doentes (Anekar et al., 2023).

A escada analgésica original consistia principalmente em três degraus: no primeiro degrau - dor leve: analgésicos não opióides, como anti-inflamatórios não esteróides ou paracetamol com ou sem adjuvantes; Segundo degrau - Dor moderada: opióides fracos (codeína, tramadol) com ou sem analgésicos não opióides e com ou sem adjuvantes; Terceiro degrau - Dor intensa e persistente: opióides potentes (morfina, fentanil,

buprenorfina, tapentadol) com ou sem analgésicos não opióides, e com ou sem adjuvantes (Anekar et al., 2023).

No SU, assim como na UCIC o fármaco de eleição para a analgesia é a morfina, muitas vezes associado ao tramadol e paracetamol. Ou seja, já estava familiarizada com esta gestão farmacológica no controlo da dor.

Na UCIP o fármaco de eleição para a analgesia é o fentanilo, muitas vezes associado ao tramadol e paracetamol. Assim, tive oportunidade de participar na preparação, administração e gestão deste fármaco, assim como observar e implementar medidas de controlo não farmacológicas, como executar posicionamentos anti-álgicos, executar técnicas de relaxamento e massajar partes do corpo, entre outros.

Pude concluir também que esta gestão de analgesia no doente crítico não difere, na UCIP, da gestão da dor do doente com EAM. Particularmente, porque os doentes com EAM nesta unidade padecem de outras instabilidades hemodinâmicas, nomeadamente com necessidade de ventilação mecânica.

De salientar, que a nível institucional, no CH, apenas existe um protocolo de procedimento de orientação clínica de sedação, analgesia e delírium, destinado a um serviço específico, a UCIP, constando as medidas farmacológicas e não farmacológicas de prevenção e tratamento da dor, mas que estão desadequadas à UCIC e SU, por se direcionar a doentes sedados. Este protocolo foi realizado por elementos da unidade sendo o meu tutor um dos autores. Na UCIP, tive a oportunidade de acompanhar o meu tutor num turno em que foi realizada auditoria da dor, sendo ele o responsável pela área. Esta experiência permitiu-me ficar mais elucidada sobre o trabalho que é realizado na unidade, assim como percecionei a adesão e registos desta gestão da dor por parte da equipa. A finalidade desta auditoria tinha como intuito retirar dados da adesão ao registo e da aplicabilidade da escala correta por parte da equipa de enfermagem, onde consegui perceber que é uma área com possibilidade de melhoria.

Falando da gestão da dor, é de realçar que o registo da mesma é fundamental para garantir a continuidade de cuidados de Enfermagem, permitindo que a gestão seja ajustada de acordo com as necessidades do doente. Este registo também é importante para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados, permitindo avaliar a eficácia das intervenções realizadas, garantindo o melhor para o doente (OE, 2008).

É de evidenciar a importância dos registos nos cuidados de saúde, que têm sido alvo de debate, na continuidade dos cuidados. Contudo, observa-se que, na prática os registos são algumas vezes descurados dado que os mesmos, quando realizados, são escassos e incompletos. Os registos devem ser assim, um elemento integrante de todo o processo de avaliação e monitorização da dor e uma prática dos enfermeiros (Figueira et al., 2022).

No meu projeto de autoformação realizado na UCIC que se centra no cuidado especializado na gestão da dor em clientes com EAM senti a necessidade de perceber qual era a perceção que os Enfermeiros da UCIC têm em relação à gestão da dor que é realizada na unidade. Para isso desenvolvi um questionário com a orientação dos meus tutores e da orientadora tendo obtido o consentimento verbal por parte dos elementos que procederam ao preenchimento do mesmo, bem como da responsável da unidade. No Anexo I encontra-se a tabela com a análise dos dados ao questionário sobre a perceção dos enfermeiros da UCIC em relação à gestão da dor no cliente com EAM.

É de evidenciar que ao questionário responderam apenas enfermeiros da UCIC e que estes, a cada pergunta podiam selecionar mais do que uma opção. Desta forma, foi possível compreender com análise dos dados que a escala mais utilizada é a EN o que vai ao encontro do que é preconizado pelo Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023) para avaliar a dor em doentes que comunicam. Contudo, fiquei com a perceção de que muitas vezes essa avaliação não é realizada com a escala mais adequada ao doente, o que levou a algumas sugestões de melhoria na gestão da dor nos doentes com EAM fornecidas pelos enfermeiros no questionário aplicado.

É de realçar que todos os inquiridos referiram avaliar a dor pelo menos uma vez por turno e sempre que se justifique, evidenciando assim a importância que dão à dor. Os enfermeiros atuam de acordo com os resultados obtidos na avaliação da dor numa percentagem de 95% o que é de registar. Contudo, nos registos das ações desenvolvidas e resultados obtidos, apesar de positivo existe uma oportunidade de melhoria. Desta forma, pude perceber que muitas vezes intervêm na gestão da dor, mas não procedem ao seu registo, o que vai ao encontro da bibliografia existente, pois, segundo Figueira et al. (2022) é observado que na prática os registos da avaliação da dor são algumas vezes descurados, sendo que quando realizados, são escassos e incompletos.

Quanto às dificuldades que sentem no processo de avaliação de dor pude inferir que duas das maiores dificuldades passam por não haver um guia/norma/protocolo que os

ajudem numa avaliação correta com uma percentagem de 38% e de seguida a falta de tempo e consequente a sobrecarga de trabalho com 33%. Pude verificar também que 9,5% referiram não sentir qualquer dificuldade.

Em relação às intervenções não farmacológicas mais adotadas na gestão da dor no doente com EAM realço o posicionamento antiálgico com 81% e a técnica de relaxamento com 33%.

Já as intervenções farmacológicas mais utilizadas em primeiro lugar está o uso de opióides com 86% e de seguida, com 62%, o uso de vasodilatadores, o que vai ao encontro do que está preconizado nas recomendações de 2017 pela ESC para o tratamento do EAMcSST.

Desta forma, os enfermeiros da UCIC utilizam com maior frequência a associação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas em conjunto numa percentagem de 62%, sendo que dão realce às farmacológicas com 38%. A utilização isolada de medidas não farmacológicas não constitui uma medida de intervenção nesta população. De destacar que, as medidas não farmacológicas devem sempre complementar as medidas farmacológica e não em sua substituição e na sua maioria os enfermeiros do serviço cumprem (OE, 2008).

Porém, na pergunta: *Que outra intervenção realiza para garantir o conforto do doente para além da gestão da dor?* 81% responderam posicionamento adequado o que pode ser considerado uma intervenção não farmacológica na gestão da dor, sendo que, em segundo lugar, com 71,4% responderam suporte emocional. Como já foi referido, os doentes com EAM têm muitas vezes ansiedade, pois é uma reação natural ao EAM e à dor. Por isso, é muito importante que os doentes e as pessoas próximas a eles se sintam tranquilos e o suporte emocional vai ajudar a torná-los mais calmos e consequentemente diminuir a sua dor (ESC, 2017)

Os enfermeiros da UCIC na sua maioria, 52%, não consideraram necessário existir melhorias na gestão da dor nos doentes com EAM; contudo, 48% referiram que sim, reconhecendo que a supressão total e rápida da dor nos doentes submetidos à ICP leva, por vezes, à sua desvalorização sendo um motivo de melhoria. Consideraram também motivos de melhoria o reconhecimento precoce de sinais de dor assim como, a aplicação de escalas corretamente de acordo com o doente e também uma melhor uniformização do procedimento e registos.

Foi-lhes dada a oportunidade de sugestão de melhoria nesta gestão, tendo a maioria, com 76% considerado a estruturação de guia, norma ou protocolo de avaliação da dor, seguindo-se o acompanhamento durante a implementação de escalas com 9%. Em resposta aberta houve quem sugerisse a insistência no registo da dor com nova monitorização para avaliar os resultados, assim como a implementação de uma auditoria e processo de melhoria contínua e ainda, melhorar o conhecimento sobre as diferentes escalas da dor.

Pude assim concluir, que a gestão de analgesia no doente crítico não difere, na UCIC, da gestão da dor do doente com EAM, não existindo assim nenhum protocolo do serviço para esta gestão da dor. De salientar que a nível institucional apenas existe um protocolo de procedimento de orientação clínica de sedação, analgesia e delirium, o protocolo destinado a um serviço específico que é a UCIP (já falado anteriormente), por isso surgiu em discussão com os meus tutores e orientadora a criação de uma norma de procedimento de orientação clínica para a gestão da dor na UCIC. De evidenciar, que no questionário aplicado aos enfermeiros na UCIC como já foi referido, 76% consideraram como oportunidade de melhoria a estruturação de guia, norma ou protocolo de avaliação da dor o que contribuiu ainda mais para a sua criação.

No CH existe também uma instrução de trabalho no doente com dor torácica, que visa definir a metodologia de atendimento aos doentes que recorrem ao SU com queixas de dor torácica e o seu encaminhamento até à UCIC, mas não aborda a gestão da dor nestes clientes.

Contudo, no Procedimento Técnico Multidisciplinar: Atuação do EAMcST que é baseado nas *guidelines* da ESC e que se aplica a todos os profissionais que prestam serviço no SU e na UCIC está explanado que para alívio da dor deve-se titular opióides endovenosos e o dinitrato de isossorbida (vasodilatador) de acordo com perfil tensional, não especificando que opióide usar, em que dosagem usar, realçando que deve-se utilizar oxigenoterapia se SpO<sub>2</sub> <95% e a administração de terapêuticas antiplaquetárias (o ticagrelor 180mg per os ou clopidogrel 600mg per os e a aspirina 300mg per os), seguindo o transporte para a ICP ou a trombólise endovenosa (já não utilizada no CH). Este procedimento está desatualizado pois é referente ano de 2012, havendo atualizações em 2017 pela ESC onde o oxigénio está indicado em doentes com hipoxémia (SpO<sub>2</sub> <90% ou Pressão parcial de oxigénio <60 mmHg) com um nível de evidência IC. Em relação à

analgesia mantêm-se considerados os opióides endovenosos titulados para aliviar a dor com uma evidência IIaC. É considerado também um calmante ligeiro (habitualmente uma benzodiazepina) nos doentes muito ansiosos com uma evidência IIaC, mas que não consta no procedimento do CH. Em relação às terapêuticas antiplaquetárias estão preconizados os fármacos com um nível de evidência IA (ESC, 2017).

Durante o ensino clínico na UCIC, senti também a necessidade de compreender melhor o grau de satisfação que o cliente apresenta em relação à gestão da sua dor por parte dos enfermeiros que exercem funções na UCIC. Através de conversas informais, tendo por base um guia orientador realizado por mim, consegui perceber que o doente na sua maioria, considera que os enfermeiros em relação à informação transmitem-na sempre que necessária e em tempo útil de forma compreensível, mostrando-se preocupados com a sua dor e criando um ambiente calmo.

Salientaram também que é permitida a envolvimento da família nessa gestão, o que consideram um fator de alívio.

Os doentes dizem que os enfermeiros disponibilizaram sempre medicação analgésica e adotaram algumas intervenções que contribuíram para o alívio da sua dor, como os posicionamentos, mostrando-se também preocupados com a avaliação da mesma após a sua intervenção. Contudo, na sua generalidade dizem que este alívio não eliminou a sua dor por completo, pois sendo uma das piores dores já sentidas só após a ICP a dor cessou na sua plenitude. Este facto pode ser explicado pela origem da dor ser nas terminações nervosas do miocárdio em isquemia. A dor desaparece, frequentemente, de forma súbita e completa quando se retoma, em tempo útil, o fluxo coronário na zona afetada. O reconhecimento de que a dor representa que o miocárdio se encontra em isquemia realça a necessidade de interromper o processo isquémico recorrendo a terapêuticas de reperfusão, nomeadamente a ICP (Lopes, 2011).

Não poderia deixar de relatar uma situação em que fiz a gestão da dor no decurso da atividade profissional no SU e do estágio na UCIC, depois de todo este investimento nesta área por mim escolhida. Realço um doente que eu recebi na sala laranja, triado com prioridade muito urgente com fluxograma dor torácica e discriminador dor precordial com uma hora de evolução.

Este doente entrou pelo próprio pé, não tendo pedido apoio pré-hospitalar. Dirigi-me ao senhor apresentando-me, questionei o mesmo do local da sua dor, quando tinha

iniciado, se tinha alguma irradiação, se era contínua ou não, e se tinha fatores de agravamento ou alívio. Apliquei aqui uma escala para classificar a severidade da dor. Assim, como mnemónica de avaliação utilizei a PQRST, tornando esta avaliação um processo sistematizado e uniformizado (Alves & Sampaio, 2020).

Expliquei tudo aquilo que iria realizar, nomeadamente, monitorização dos sinais vitais, colocação de um acesso venoso periférico e colheita de sangue para análise. Enquanto explicava o que executava, otimizei o posicionamento de forma antiálgica, ou seja, utilizei uma intervenção não farmacológica da dor. O doente, algo agitado, disse-me que a dor teria começado em casa há cerca de uma hora, que era localizada no peito como uma pressão contínua e nada estava a aliviar. Apliquei a EN da dor, tendo o doente respondido dor nove. De forma empática, mostrei que o iria ajudar, mas que ele precisava de estar mais tranquilo porque isso iria aliviar a sua dor. A aplicação da EN vai ao encontro do que é preconizado pelo Grupo de Avaliação da Dor da SPCI (2023) para avaliar a dor em doentes que comunicam.

Depois da realização de um ECG de 12 derivações e confirmação positiva da análise da troponina cardíaca i rápida, confirmou-se o EAMcSST. Este diagnóstico respeitou os critérios da quarta definição universal de EAM da ESC (2018), considerando EAM quando há lesão aguda do miocárdio, evidenciando uma clínica de isquemia aguda do miocárdio e com uma subida e/ou descida dos valores de troponina cardíaca com, pelo menos, um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência e com, pelo menos, um critério definido, que no caso específico são dois, os sintomas de isquemia do miocárdio e as alterações isquémicas de novo no ECG.

Comuniquei os sinais vitais ao médico responsável (estavam estáveis), e referi que o doente se encontrava com dor e ansioso, pelo que foi administrado diazepam cinco miligramas per os, morfina dois miligramas endovenoso, nitrado cinco miligramas sublingual e 300 miligramas de aspirina per os, seguindo as recomendações da ESC para o EAMcSST de 2017 e INEM (2020). Enquanto o médico referenciava o doente ao laboratório da hemodinâmica para realização de ICP, monitorizei o doente com o monitor de transporte, salvaguardando todas as intervenções de segurança. Avaliei novamente a dor, tendo o doente situado a dor a nível 8 na EN, pelo que foram administrados mais três miligramas de morfina. Explicado todo o procedimento e a presença da família antes da subida para a UCIC, permitiu que o doente estivesse mais calmo. A OE no Guia

orientador de boa prática: Dor publicado em 2008 recomenda que os enfermeiros devem colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objetivos da pessoa, contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração, assim como envolver a pessoa / cuidador principal / família / na definição e reajustamento do plano terapêutico. A utilização de intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica também está preconizado. Considero assim, que estas recomendações foram alcançadas.

Na chegada à sala de hemodinâmica voltei novamente a avaliar a dor, sendo que o doente disse que mantinha dor oito na EN, pelo que não foi administrada mais terapêutica farmacológica por indicação médica, tendo privilegiado o posicionamento antiálgico e o toque terapêutico. Estas intervenções vão ao encontro do que a OE (2008) aconselha: ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis.

Realizada a passagem do doente aos colegas do laboratório de hemodinâmica, foi procedido posteriormente aos registos da avaliação da dor no processo do doente. Este registo é recomendado pela SPCI (2023) após a avaliação da dor, devendo efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais.

Um aspeto que saliento neste doente, é que tive contato com ele no dia seguinte à noite na UCIC (em estágio) e ele agradeceu o cuidado que tive com ele no momento que entrou no SU, disse que o ajudei, mas que a sua dor só foi suprimida na totalidade após a ICP. Como já referido anteriormente a dor desaparece, frequentemente, de forma súbita e completa quando se retoma, em tempo útil, o fluxo coronário na zona afetada, nomeadamente através de uma ICP (Lopes, 2011).

No que se refere ao desenvolvimento de procedimentos e técnicas provenientes da minha prática profissional, saliento a monitorização e interpretação eletrocardiográfica, avaliação de sinais vitais, avaliação da glicemia capilar, avaliação da SpO<sub>2</sub>, cateterização venosa periférica, preparação e administração de terapêutica e fluidoterapia, oxigenoterapia, permeabilização da via aérea, avaliação do nível de consciência usando a Escala de Coma de Glasgow, realização de tratamentos de feridas e úlceras de pressão, mobilização/imobilização do politraumatizado com manutenção do alinhamento corporal

correto, colocação de tubo de Guedel, manuseamento do monitor/desfibrilhador e manobras de Suporte Imediato de Vida.

Na UCIP a avaliação dos parâmetros vitais é horária, e os registos são efetuados rigorosamente numa folha individual. Os parâmetros utilizados com mais frequência são: tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigénio e dióxido de carbono e temperatura corporal. Em casos específicos, foram também importantes os registos da Pressão Intracraniana (PIC), Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) e do Índice Bispectral (BIS). Já na UCIC a avaliação dos sinais vitais é realizada de três em três horas.

No que concerne à execução prática de atividades distintas daquelas que faço a nível profissional, salienta-se a monitorização invasiva.

O enfermeiro está presente na monitorização da PSC; o seu conhecimento vasto e eficaz, permite reconhecer os efeitos adversos esperados surgindo assim, como um profissional altamente diferenciado no cuidado à PSC. Através deste conhecimento existe uma melhor qualidade da assistência e tratamento, atuando na prevenção e recuperação da PSC (Silva D., et al., 2019).

A UCI possui diversos equipamentos e monitores complexos, além de, por vezes os doentes chegarem com muitos dispositivos instalados que também requerem atenção e cuidados devidos, nomeadamente, cateteres de derivação ventricular externa, cateteres de pressão intracraniana, cateteres de diálise, balão intra-aórtico, entre outros (Silva D., et al., 2019).

É de salientar a importância de enfermeiros especializados como veículo primordial para a recuperação destes doentes, evidenciando quais os riscos que uma avaliação precária ou alteração hemodinâmica podem acarretar se não revertidas de forma rápida (Silva D., et al., 2019).

A monitorização invasiva requer a introdução de um Cateter Venoso Central (CVC) para a vigilância do estado hemodinâmico venoso e de um Cateter Arterial (CA) para a vigilância do arterial, com todos os riscos associados devido à iatrogenia da técnica e risco de infeção (Alves & Sampaio, 2020).

Na UCIP e UCIC é prática diária a colocação e manutenção de CA e CVC, sendo que focalizei a minha atenção nestes.

Colaborei na colocação deste tipo de cateteres, havendo inclusive, colaboração da equipa médica na explicação e satisfação de dúvidas aquando dos procedimentos, o que

revelou ser extremamente proveitoso para mim. Tive oportunidade de manusear e otimizar ambos os tipos de cateteres, quer arteriais quer venosos centrais.

De uma forma global, adquiri competências na área da monitorização hemodinâmica invasiva, não constituindo esta um entrave para a minha abordagem ao doente crítico.

Já na UCIC a monitorização invasiva não é tão extensa como na UCIP. Contudo, nesta unidade a eletrocardiografia tem uma importância acrescida, sendo este o serviço mais especializado do foro cardíaco. Senti por isso necessidade de recorrer a material de apoio na melhor evidência, que me foi útil para fazer uma revisão sobre a fisiologia cardíaca, o que se tornou proveitoso na compressão e identificação dos ritmos cardíacos. Os enfermeiros tutores, sugeriram-me uma plataforma *online* de simulação de ECG (*Skillstat*) para treinar a identificação de diferentes ritmos, o que foi fundamental para compreender as diferenças entre eles. Relativamente a este tema, tenho a destacar a disponibilidade e empenho dos meus tutores para comigo, uma vez que estavam sempre disponíveis para me esclarecer dúvidas e partilharem o conhecimento que possuem. O nível de conhecimento dos enfermeiros tutores, torna-os peritos na área de cardiologia sendo fundamental na orientação de alunos em estágio. Esta ideia é corroborada por Costa (2012), que afirma que o tutor deve ser perito na área de desenvolvimento da sua prática para que possa auxiliar em todo o processo de aquisição de novas competências com conhecimentos reforçados.

No que respeita aos protocolos terapêuticos complexos no SU, destaco as capacidades desenvolvidas ao nível de: fibrinolítico (alteplase, na VV AVC), protocolo coronário (morfina, oxigénio, nitratos, aspirina, beta-bloqueador, clopidogrel), ventilação não invasiva (programação de ventilador e escolha da interface mais adequada; vigilância de adaptação ao ventilador); protocolo nacional de traumatismo crânio-encefálico (vigilância neurológica intra-hospitalar, durante, pelo menos 24h) e protocolo de hemorragia digestiva alta (terapêutica vasopressora, antibioterapia e inibidor da bomba de protões), entre outros.

Em relação ao desenvolvimento de conhecimentos de farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos mais utilizados na UCIC e UCIP, como já foi referido no capítulo anterior foi um processo gradual e essencial para a boa atuação perante a PSC, tendo para isso também a orientação dos enfermeiros tutores. Em relação à UCIP, não

tinha tido contato anterior com alguns dos fármacos, como os sedativos, os curarizantes, entre outros.

No desenvolvimento da competência específica cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, também é de evidenciar o transporte dos doentes críticos, apesar de já ter sido abordado no capítulo anterior. Assim, o transporte deve ser realizado sob monitorização apertada com monitor/desfibrilhador, assim como toda a medicação e material necessário que está reunido numa mala de transporte. Ao longo do meu exercício profissional no SU, já realizei inúmeros transportes intra e inter-hospitalar deste tipo de doentes e realizei o Curso de Transporte do Doente Crítico. Os ensinamentos clínicos proporcionaram-me uma visão mais especializada neste momento crítico pela instabilidade que a mobilização do cliente pode causar e requer na preparação e intervenções específicas que garantem a segurança e a maior estabilidade possível do doente.

A capacidade de resposta em situações adversas e com recursos limitados é um dos focos da ação do EE. Esta ação especializada, no transporte do doente crítico, é essencial, por forma a garantir a sua própria segurança e a do indivíduo, prevenindo e prevenindo complicações (Regulamento nº 429/2018).

Durante a minha permanência nos campos de estágio, tive oportunidade de acompanhar alguns transportes intra-hospitalar, nomeadamente a exames complementares de diagnóstico e transferência intra-hospitalar de serviços, e pude comprovar a eficiência e o pormenor com que tudo é definido antes da saída do doente, promovendo a segurança do transporte do doente em questão, assim como a transmissão de informação segura dos cuidados de saúde através da utilização da mnemónica ISBAR, uma norma da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde criada pela DGS em 2017d.

A transferência de doentes do SU, UCIP e UCIC, regem-se pelas mesmas normas, e verifica-se nas seguintes condições: alta para um serviço de internamento, óbito, transferência para outra unidade hospitalar por razões clínicas ou para a área de residência. No meu ponto de vista, existe por vezes, uma má utilização destes serviços pois os doentes depois da estabilidade hemodinâmica permanecem por períodos mais longos do que seria esperado. A falta de vagas no serviço de internamento condiciona a

saída dos doentes, comportando deste modo, gastos desnecessários, tanto a nível de recursos humanos como materiais.

A pesquisa, o estudo e as experiências vivenciadas despertaram-me para novas aprendizagens e potencializaram o meu desenvolvimento profissional enquanto enfermeira e, enquanto, futura EE.

A diversidade dos diagnósticos dos doentes que dão entrada no SU e que depois são internados na UCIP ou UCIC proporcionou-me diversas oportunidades, sendo facilitador da aquisição e desenvolvimento de um grande leque de conhecimentos e competências na intervenção específica à PSC.

Perante esta análise, reflexão e fundamentação da prática desenvolvida ao longo da minha atividade profissional e estágios, considero ter desenvolvido competências específicas de EE.

A prestação de cuidados especializados à PSC, exige uma formação estruturada, para que se desenvolvam competências específicas, práticas de trabalho organizadas e estruturadas, baseadas em evidências científicas, para poder agir com a máxima eficácia e eficiência.

### 3.2.DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

A OE no Regulamento nº 429/2018 preconiza que o EE “...*perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.*” (p.19363).

Os perigos com que o homem se depara, nos dias de hoje, têm aumentado com a rápida mudança que enfrenta o mundo. Estas alterações que resultam, por vezes, em acidentes com um elevado número de vítimas, colocam os sistemas de saúde e nomeadamente os hospitais em sobrecarga, impondo uma dinâmica diferente ao seu normal funcionamento (Figueiredo, 2021).

No SU onde exerço funções, vivenciei um contexto de exceção gerado pela pandemia da COVID-19. Nesta fase, houve por parte do CH uma grande reorganização com necessidade de uma gestão constante de informação e diretrizes atualizadas. Essas

informações eram transmitidas de forma regular no portal interno da instituição e fomentadas também por correio eletrónico institucional a todos os profissionais.

Na fase de mitigação inicial da COVID-19, a DGS determinou que os profissionais de saúde deveriam utilizar máscara cirúrgica, quando em contacto direto com doentes. Com a evolução do conhecimento, a DGS foi reconhecendo a necessidade da utilização de outro tipo de EPI, e o CH sempre acompanhou essas diretrizes apesar de haver uma grande carência de material.

A transmissão do vírus SARS-CoV-2 de profissional a profissional foi um problema no CH, desta forma muitos profissionais realizaram teletrabalho e evicção laboral, de forma a minimizar aglomerações. E para os que estavam em trabalho presencial, o distanciamento social (raio = 1,5 metros) era imprescindível. Assim, sempre tive consciência dessas precauções, nomeadamente para com os meus colegas e familiares. O meu horário foi reorganizado, trabalhando uma semana completa alternado com uma semana com evicção laboral, o que em termos de trabalho se tornava bastante cansativo.

No SU foram delimitadas zonas de acordo com o risco de transmissão do vírus SARS-CoV-2 e a necessidade de uso de EPI: vermelha (EPI completo), amarela (zona de transição, EPI de proteção respiratória) e verde (apenas máscara cirúrgica como preconizado para todo o CH). Sempre respeitei estas precauções e incentivei os meus pares para o cumprimento das mesmas.

Só entravam nas áreas amarela e vermelha profissionais que iriam prestar cuidados, que tinham conhecimento dos circuitos estabelecidos para o serviço e que estivessem treinados na colocação e remoção de EPI.

Profissionais de distribuição e recolha apenas tinham acesso a zonas verdes.

Antes da colocação de EPI, refletia sempre sobre o procedimento a realizar de modo a concentrar o máximo de tarefas, em cada abordagem ao doente ou realização de tarefas de apoio.

O trabalho em colaboração, que permitia a um profissional manter-se na zona vermelha e outro na zona amarela, minimizava a contaminação e racionaliza a utilização de EPI. Desta forma, sempre fomentei a equipa para esta situação, tendo por base sempre uma boa comunicação.

Em relação às visitas nesse período, os doentes suspeitos ou confirmados com COVID-19 não tinham direito a visitas, dado o elevado risco de transmissão e a

necessidade de utilização racional de EPI. Contudo, eram realizadas chamadas telefónicas à família sempre que o doente manifestava vontade.

Devido a enorme sobrecarga que esta pandemia trouxe aos profissionais de saúde foi criado também uma linha de apoio psicológico para profissionais do CH, que eu considero que foi bastante útil para saúde mental.

Durante o meu percurso profissional e académico não aconteceram situações de catástrofe; no entanto, ao longo deste percurso de aprendizagem fui adquirindo conhecimentos que permitiriam atuar nestas situações, caso ocorressem, nomeadamente através da consulta do plano de emergência e catástrofe do hospital, disponibilizado no Portal Interno do CH, compreendendo como se organizam os recursos humanos e a articulação feita pelas diversas entidades. Esta temática foi também abordada e analisada com os enfermeiros tutores de forma a adquirir conhecimentos teóricos que me permitissem atuar na situação enumerada.

O CH apresenta um plano de emergência e catástrofe, do qual tenho conhecimento, referente essencialmente a incêndios e catástrofe, apresentando plantas de emergência e procedimentos, permitindo agir em conformidade e em parceria com toda a equipa multidisciplinar.

O SU do CH funciona como o epicentro de resposta, podendo ocorrer a três níveis: uma maior procura do SU (decorrente de algum evento em particular), tratamento a personalidades VIP (com protocolo de estado ou equiparado) e resposta a situações multivítimas.

Na instituição existe uma preocupação constante com este assunto, uma vez, que é uma Unidade Hospitalar Central, localizado na cidade do Porto. O Plano de Resposta a Multivítimas (PRM) enquadra as alterações funcionais no CH num momento de necessidades assistenciais excecionais, assumindo que estas situações podem gerar necessidades que justifiquem planificação específica.

Nos casos de contaminação química, o SU tem capacidade de descontaminação fora das instalações. Os chuveiros existentes no exterior podem ser ativados pelas torneiras do wc contíguo, cujos manípulos se encontram no chaveiro do enfermeiro coordenador de turno.

Os profissionais que estiverem junto destes doentes usarão fatos fechados, com máscaras e outros meios de proteção individual específicos. Assim, estes utentes devem

ser despidos no exterior, lavados ativamente e só depois trazidos para dentro das instalações do SU.

Durante a minha atividade profissional no SU já obtive formação sobre este plano do CH. Com o conhecimento do PRM foi possível compreender que a formação, o treino e os *debriefings* devem fazer parte da realidade dos profissionais, desenvolvendo e adquirindo competências que vão influenciar as suas intervenções, o seu desempenho e a sua capacidade de resposta, nomeadamente em situações de trauma. Desta forma, os enfermeiros devem ter um papel ativo na elaboração e revisão periódica destes planos, difundindo pelo resto da equipa multidisciplinar.

Em situação de catástrofe toda a dinâmica do SU e restante instituição hospitalar é alterada, tornando-se imprescindível que haja um ajustamento para uma resposta eficaz e organizada, o que implica a criação de normas de evacuação do serviço. Assim, a triagem é alterada, os registos são em documento próprio, o qual permite o conhecimento da evolução da situação e utilizando-se para triagem apenas os fluxogramas de catástrofe.

Na unidade curricular Enfermagem À Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica: Enquadramento Conceptual foi-me solicitado um trabalho de grupo que foi intitulado de “Resposta em situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da conceção à ação: Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe”. Este trabalho teve como base a análise do PRM do CH. Com este trabalho compreendi que é na capacidade de adaptação da prática de cuidados ao doente em situações de emergência, exceção e catástrofe, que se torna necessário uma maior mobilização de saberes cada vez mais especializados. Essa prática deve ser sustentada em protocolos de atuação baseados na evidência científica contribuindo para o atingimento de um elevado patamar de diferenciação, assegurando uma uniformização dos cuidados e garantindo a segurança.

Desta forma, para a realização de uma prática segura, o enfermeiro deve salvaguardar as condições de segurança, prevendo as eventuais ameaças que possam surgir no decorrer das ações de socorro. É assim, facilitador de conhecimento sobre todos os planos nacionais, distritais e municipais para situações de emergência e catástrofe.

Neste contexto, e apesar das catástrofes ou situações multivítimas não serem uma realidade diária no nosso país, é crucial a preparação dos profissionais e respetivas

instituições, com o objetivo de uma eficaz resposta que se traduza em diminuição da morbidade e mortalidade da população associada a estas ocorrências.

Também na unidade curricular Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe foi-nos proposta uma análise de um caso clínico e a realização de um plano de intervenção de emergência, exceção e catástrofe; após análise e reflexão crítica do caso clínico pude concluir que os EEEMC à PSC são elementos-chave e que podem contribuir positivamente na resposta a estas situações, dado que possuem habilidades, competências que podem ser aplicadas numa imensa variedade de cenários e situações de catástrofe, e uma elevada capacidade de liderança e de adaptabilidade. Esta preparação é crucial, pois como refere Almeida (2012), a imprevisibilidade das catástrofes provocadas pelo homem ou por fenómenos naturais, obriga-nos a estar permanentemente preparados para a sua ocorrência.

A United Nations Office for Disaster Risk Reduction (2019), no relatório de avaliação global sobre redução do risco de desastres 2019 evidencia que a preparação entre os profissionais de saúde não está apenas na sua capacidade, mas também nos seus níveis percebidos de preparação. Um aumento do nível de preparação dos enfermeiros para intervir em situações de desastres levou ao declínio nas taxas de mortalidade por ocorrências de desastres no passado recente.

Perante o carácter de imprevisibilidade, ambiguidade e hostilidade existentes nestes cenários, a proficiência dos profissionais é essencial para garantir a celeridade na avaliação, no processo de triagem, na implementação de métodos simples de diagnóstico e tratamento, no processo de tomada de decisão e nas comunicações (WHO & International Council of Nurses. [ICN], 2009).

A WHO e o ICN, em 2009, consideraram que os enfermeiros, enquanto maior grupo de profissionais de saúde, frequentemente trabalham em situações com recursos limitados e desempenham papéis essenciais quando ocorrem catástrofes, atuando como primeiros socorristas, agentes de triagem e prestadores de cuidados, assim como cargos de coordenação.

Referem também que os sistemas de saúde e de prestação de cuidados em situações de catástrofe, apenas são bem-sucedidos quando os enfermeiros têm competências ou habilidades para responder rápida e eficazmente (WHO & ICN, 2009). De forma a sistematizar as competências em catástrofe, estas entidades elaboraram uma lista de

domínios, atualizada em 2019 pelo ICN, que visa orientar a prática e as competências clínicas dos enfermeiros numa situação de catástrofe, com a finalidade de fazer o melhor pelo maior número de pessoas e com o menor dano possível.

A nível nacional, o EE deve proceder à observação, colheita e procura contínua e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Ou seja, o EEEMC deve ser capaz de conceber, implementar e avaliar planos de intervenção consoante as necessidades destes (Regulamento nº 429/2018).

Posto isto, o EEEMC no cuidado à PSC deve atuar como um agente facilitador no planeamento e implementação de estratégias num cenário de emergência, exceção e catástrofe, sendo determinante em todas as fases inerentes a estes cenários.

Relativamente à temática de preservação dos vestígios de indícios de prática de crime, está preconizado que o EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC, seja capaz de assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os indícios de prática de crime. São diversas as situações que levam as pessoas a procurar um SU e as situações de crime não são exceção. No decorrer da minha prática clínica presenciei uma situação emergente associada a um crime grave, com a admissão de uma vítima de tentativa de homicídio com arma branca. Embora a prioridade seja a estabilização da PSC, são nestes ambientes que estão as primeiras oportunidades para a colheita de vestígios forenses (Camilo et al., 2017).

Desta forma, os enfermeiros são considerados profissionais privilegiados para a identificação e preservação de provas de crime. No caso vivenciado por mim, toda a roupa e bens do doente foram criteriosamente colhidos para posterior entrega à Polícia.

É de realçar que no serviço onde exerço funções, assim como, nos locais de estágio por onde passei, existe algum desconhecimento e pouca praticidade dos procedimentos nesta área. A falta de formação pelo CH contribui para esta lacuna, considero uma área onde deve haver um maior investimento na partilha de conhecimentos. Contudo, tenho vindo a reforçar a minha pesquisa, para que quando surgir alguma situação, a minha resposta seja a preconizada.

### 3.3. MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

A OE no Regulamento nº 429/2018 considera

*..o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos. (p.19364).*

A prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), em doentes críticos assume especial relevância, pois estes têm a particularidade de requererem cuidados complexos e com a necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, sendo um dos enunciados dos padrões de qualidade de cuidados especializados à PSC. Neste sentido, durante a minha prática e ensinamentos clínicos tentei refletir sobre as práticas e planos existentes de forma a integrar conhecimentos de como se poderá concretizar a participação na conceção de planos e definição de estratégias de prevenção, tal como a forma de assumir a sua liderança de implementação.

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) é o programa base no qual o EE no cuidado à PSC apoia a sua atuação no sentido da construção e organização de planos que visem o seu cumprimento nos serviços onde exercem funções. Este programa assenta em três pilares fundamentais: 1. Redução das IACS assente principalmente na estratégia de promoção de boas práticas a nível PBCI e implementação de feixes de intervenção de suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos; 2. Redução do consumo de antibióticos, baseado na implementação de programas de apoio à prescrição de antibióticos e monitorização do seu consumo; 3. Vigilância das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, para análise da

evolução dos resultados e implementação e/ou reavaliação das estratégias implementadas (DGS, 2017c).

Segundo o relatório de 2017, o PPCIRA, refere que a taxa de prevalência nacional global de IACS foi de 7,8%, verificando-se uma redução da taxa de IACS (7,8 versus 10,5 %) em comparação ao inquérito realizado em 2012, sendo que as IACS mais prevalentes foram a infeção do trato urinário, a pneumonia e a infeção do local cirúrgico (DGS, 2022f).

Contudo, comparativamente a outros países da União Europeia, Portugal encontra-se entre os que apresentam uma percentagem mais elevada de IACS (>8%), sendo apenas ultrapassado pela Grécia (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2018).

É de salientar que deve haver uma atenção especial para este facto, com o intuito de diminuir este número elevado de infeções em Portugal. Durante a minha prática e ensinamentos clínicos pude compreender as estratégias usadas para cumprimento do programa, assim como as principais dificuldades encontradas. O recurso a auditorias para monitorizar o cumprimento de lavagem das mãos nos cinco momentos ou a execução correta de cada um dos feixes de intervenção de prevenção das infeções associadas ao CVC, cateter urinário, infeção do local cirúrgico e a Pneumonia Associada à Intubação (PAI), são das principais estratégias para sinalizar falhas e conseguir sensibilizar as equipas ao seu cumprimento correto.

Portugal, participa em todos os programas de vigilância epidemiológica propostos pelo European Centre for Diseases Prevention and Control (ECDC) e pela WHO, dando cumprimento às diretrizes europeias (Decisão n.º 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 24 de setembro de 1998), com o objetivo de consolidar a rede de vigilância epidemiológica de IACS (DGS, 2022e).

Na UCIC, a minha orientadora era interlocutora do risco, e houve a oportunidade de participar juntamente com ela e com uma médica da unidade, ao preenchimento de um inquérito europeu de prevalência de ponto de IACS organizado pelo ECDC; este registo foi realizado através de códigos, onde foi registado num determinado período do tempo a ocorrência de IACS iniciadas na unidade, que microrganismo foram, quais os antibióticos utilizados, se houve necessidade de escalar o mesmo, entre outros parâmetros. Foi importante para mim contribuir para o preenchimento deste inquérito, pois consegui

compreender os objetivos e a importância que existe para a vigilância epidemiológica, e que esta é necessária para perceber a problemática das IACS e resistência antimicrobiana, permitindo uma maior sensibilização para este assunto, percebendo que é através desta monitorização que se podem criar estratégias e políticas de melhoria para o futuro.

O CH, onde exerço funções, tem uma equipa dedicada ao controlo de infeção, que se articula com os elos de todos os serviços e que realiza formações regularmente, das quais se destacam algumas: PBCI, prevenção do sarampo, e recentemente várias formações sobre plano de contingência COVID-19, bem como a utilização dos EPI.

Na UCIP e UCIC, no momento de admissão é realizado um rastreio séptico relativamente à pesquisa de *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC) a doentes com internamento ou institucionalização em hospital, unidade de cuidados continuados ou estruturas residenciais para pessoas idosas, de pelo menos três dias nos últimos 12 meses. Este é efetuado de acordo com as recomendações, realizando uma zaragatoa retal. Durante o tempo da análise, o doente fica em isolamento de contacto até que seja comprovada a negatividade da amostra (DGS, 2017c). O resultado é disponibilizado no SClinico, sendo também transmitido via telefónica em caso de multirresistência. Pude comprovar que o papel do EE é fundamental, pois muitas vezes são eles que alertam a equipa médica para proceder a requisição desta análise, assim como, alertam a restante equipa de enfermagem para a realização do procedimento e da necessidade do cumprimento do isolamento até que haja resultados. Desta forma, fiquei sensibilizada e já coloco esta prática na minha atividade profissional quando tenho doentes internados no SU.

De acordo com a norma nº 018/2014 atualizada em 2015 (DGS, 2015), relativo à prevenção de infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) o banho na UCIP é realizado, com recurso à solução de lavagem com clorhexidina a 2% durante os primeiros cinco dias. As esponjas são passadas pelo corpo, com especial atenção aos principais locais de alocação do MRSA, como as axilas, evitando apenas a face e os genitais. De realçar que na UCIC e no SU não existe esta prática. Contudo, fiquei mais sensibilizada para esta prevenção e sensibilizei a equipa para este procedimento, principalmente na UCIC, já que no SU não é expectável que os doentes fiquem internados.

Na UCIP, relativamente à prevenção da PAI, existe um cumprimento exímio das ações pressupostas no feixe de intervenções da norma nº021/2015 atualizada em 2022 (DGS, 2022d). A PAI é uma infeção nosocomial frequente nos doentes submetidos a intubação. Trata-se de uma infeção nosocomial específica, com importante repercussão na sobrevida dos doentes internados em UCI, sendo responsável por internamentos hospitalares mais prolongados e taxas de mortalidade mais elevadas. Segundo a DGS norma 021/2015 (2022d, p.6), nos doentes submetidos a intubação endotraqueal, o risco de pneumonia encontra-se exponencialmente aumentado sendo que esta pode surgir num *“tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado/descanulado há menos de 48 horas.”*

A pesquisa bibliográfica e reflexão/discussão com o enfermeiro tutor na UCIP foi a metodologia utilizada para estruturar os cuidados de enfermagem especializados e autónomos baseados em evidência científica. Para a prevenção da PAI, os feixes de intervenção que devem ser adotados são as seguintes, utilizar sedação ligeira, de preferência baseada na analgesia, realizar diariamente provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação, manter a cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30°, realizar higiene oral pelo menos três vezes por dia e manter a pressão no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O, estando de acordo com a norma nº 021/2015 (DGS, 2022d). Todos estes cuidados foram realizados por mim ao longo deste ensino clínico e pude constatar que já eram uma prática diária de toda a equipa de enfermagem.

Relativamente a estratégias de prevenção da infeção associada ao CVC nos estágios da UCIP e UCIC, foram estruturados cuidados de enfermagem especializados baseados em evidência científica, em que se destacam, segundo a DGS, norma nº 022/2015 atualizada em 2022, garantir treino e competência na avaliação e colocação de CVC, realizar higiene das mãos, usar barreira de proteção máxima, realizar antisepsia da pele com clorhexidina a 2% em álcool, evitar acesso femoral, avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC, realizar higiene das mãos antes de manipular o CVC, descontaminar os pontos de acesso com antisséptico, usar técnica assética na realização do penso e desenvolver treino e competência na manutenção do CVC (DGS, 2022c). Como já foi referido anteriormente, o manuseamento destes cateteres por mim foi uma novidade nos campos de estágio, pois na minha prática profissional não é tão comum. Porém,

acredito que ganhei experiência no seu manuseamento, o que contribuiu para que prestasse cuidados pautados pela prevenção de infecção associada a estes dispositivos, tendo para isso colocado em prática os feixes de intervenção preconizados.

Na UCIP e UCIC alguns doentes realizam intervenções cirúrgicas, sendo por isso importante salientar a prevenção da infecção do local cirúrgico. Algumas intervenções a serem adotadas, conforme a Norma 020/2015 atualizada em 11/2022, passam por realizar banho com clorexidina de 2 a 4%, exceto quando existe contra-indicação, não realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único, realizar profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, realizar antissépsia da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de clorhexidina a 2% em álcool a 70%, exceto quando contra-indicado, garantir homeostasia pré/intra/pós-operatória do doente e cumprir técnica asséptica na realização do penso (DGS, 2022a). Nos campos de estágio presenciei e tive intervenção em alguns procedimentos invasivos realizados na unidade, pondo desta forma em prática os feixes de intervenção associados.

É importante referir que já era habitual, na minha prática de cuidados, a aplicação dos protocolos de prevenção e controlo de infeção na manipulação, colocação e troca de cateteres urinários, cateteres venosos periféricos, e durante os ensinamentos clínicos mantive o cumprimento de todas as normas de assepsia recomendadas e protocoladas.

Ainda relativamente às medidas de controlo de infeção, O ECDC (2021), destaca a higiene das mãos como a medida mais importante para prevenir a transmissão de bactérias e vírus em todos os ambientes de saúde e também, como um dos principais componentes de boas práticas de controlo de infeção.

No SU, na UCIP e UCIC, constatei que a higienização das mãos é um foco de atenção e um procedimento frequentemente monitorizado. Os serviços apresentam, distribuídos estrategicamente por diversas áreas, com facilidade de acesso, locais para lavagem e higienização das mãos, que induzem ao cumprimento dos cinco momentos de higienização. Relativamente à Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA), encontra-se distribuído pelos três serviços, junto às portas, corredores e na UCIP e UCIC também em todas as unidades dos doentes. No meu serviço existe uma interlocutora do risco, que faz esta monitorização da higiene das mãos efetuada pelos profissionais, registado esta

monitorização, sendo de referir que esta profissional é EEEMC e está a desempenhar uma competência específica.

Estes ensinamentos clínicos e o exercício da minha profissão foram marcados pela presença da pandemia COVID-19 e que veio trazer alterações no cuidado ao doente na organização do serviço. Segundo a DGS, Norma nº 07/2020, a transmissão do SARS-CoV-2, ocorre de pessoa a pessoa, durante uma exposição próxima a uma pessoa com COVID-19 confirmada, através da disseminação de gotículas respiratórias produzidas, quando tosse, espirra ou fala, gotículas essas que podem ser inaladas ou pousar na boca, nariz ou olhos de pessoas que estão próximas. O contato das mãos com uma superfície ou objeto contaminado com SARS-CoV-2 e, de seguida, o contato com boca, nariz ou olhos, também pode conduzir à transmissão da infeção.

Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento direto nos casos altamente suspeitos e confirmados de COVID-19 devem usar EPI recomendado para a prevenção de transmissão por contato e de gotícula, e respeitando as indicações da Norma nº 004/2020 da DGS em vigor: Bata com abertura atrás, descartável, impermeável/resistente a fluidos, de manga comprida e que vai até abaixo do joelho; máscara; proteção ocular óculos ou viseira; luvas descartáveis não esterilizadas; cobre-botas e touca.

Contudo, em 04/2023 foi atualizada a orientação 011/2021 pela DGS, que diz que nas áreas clínicas, a utilização de máscaras ocorrerá de acordo com a tipologia de doentes e de procedimentos, a decidir em cada estabelecimento ou serviço de saúde de acordo com as orientações das Unidades Locais do PPCIRA integradas nos estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde. No CH deixou de ser obrigatória a sua utilização, contudo quando se está a prestar cuidados diretos a doentes confirmados de COVID-19 é utilizada a máscara. Aqui saliento a importância do papel que o EEEMC à PSC pode ter em relação à equipa para garantir o cumprimento destas precauções, sendo ele um exemplo, colocando em prática e fundamentando a sua utilização.

Relativamente ao manuseamento de material cortante perfurante, foi possível verificar a existência de contentores específicos para o seu acondicionamento em cada serviço, bem como, contentores de lixo do grupo I/II e grupo III para a devida triagem de resíduos, minimizando a contaminação. Neste sentido todas as minhas intervenções no doente interferem diretamente com questões relacionadas com a infeção.

Os doentes provenientes do meu serviço, onde exerço funções, bem como os dos campos de estágio, exigem uma atenção e um cuidado altamente diferenciado, por estes doentes estarem sujeitos a um risco infeccioso acrescido devido a quantidade de dispositivos invasivos que lhe são colocados. O EE que desenvolve a sua prática nesta área deverá ter consciência de que o cumprimento dos feixes de intervenção de prevenção e controlo de infeção emanados pela DGS assumem uma importância maior, bem como o respeito pelas PBCI.

Consegui também perceber que em todas as equipas, os profissionais tinham formação e preocupação em cumprir com as recomendações do PPCIRA. Assim, a minha prática clínica e os estágios permitiram atuar, promovendo a prevenção e controlo da infeção e resistência antimicrobiana face à complexidade do contexto e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil e demonstrar capacidade de identificar necessidades e propor estratégias de melhoria na prevenção e controlo de infeção na abordagem ao doente em risco de vida.

A preocupação com a segurança do doente relativamente ao controlo da infeção estimulou o aprofundamento de conhecimentos no âmbito da prevenção e controlo das IACS assim como me incentivou a colocá-los em prática. Fazer não só por fazer, mas perceber o porquê de fazer foi a máxima que pautou este percurso académico.

Ao longo destes anos e no decorrer dos ensinamentos clínicos, proporcionei e mantive um ambiente terapêutico e seguro, assegurei uma prática baseada na evidência, maximizei a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a PSC, procurei a excelência da prática de Enfermagem e demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família.

#### **4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE**

No Decreto-Lei n.º 65/2018 no artigo 15º do capítulo III pode ler-se que o grau de Mestre é conferido numa especialidade, e que o título de Mestre é atribuível a quem demonstre:

*a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:*

*i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*

*ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;*

*b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;*

*c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*

*d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;*

*e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Decreto-lei nº65/2018, p. 4162).*

A ESSSM através do Regulamento n.º 464/2022, no artigo 2.º, confere o grau de Mestre aos estudantes que, através da aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos e da aprovação no ato público de defesa da dissertação, do

trabalho de projeto ou do relatório de estágio, tenham obtido o número de créditos ECTS fixado. A concessão do grau de Mestre pela ESSSM pressupõe a demonstração das competências fundamentais que se baseiam nas já descritas anteriormente.

Desta forma, a Certificação de Competências pode ser entendido pelo

*ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o Exercício da Enfermagem* (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Este relatório de estágio é o culminar da aquisição de várias aprendizagens ao longo deste percurso profissional e académico, refletindo o desenvolvimento de diversas competências. O meu interesse na procura de novos conhecimentos com o intuito da excelência da prestação de cuidados à PSC motivou o ingresso neste mestrado. Será importante referir que, a minha experiência profissional num SU Polivalente, foi reconhecida, com base no Regulamento do Processo de Creditação da ESSSM, n.º 175/2021 publicado em Diário da República n.º 79, II série de 1 de março de 2021.

A sociedade onde estamos inseridos está em constante mutação, pelo que o processo de conhecimento e desenvolvimento profissional é algo mutável, complexo e de mudança rápida; nesse sentido, é necessário termos em conta as nossas limitações na busca incessante da sua melhoria, assim como estar mais bem preparados para responder às solicitações da população. Patrícia Benner afirma que os enfermeiros desenvolvem habilidades e uma compreensão do cuidado do doente a partir da conjugação de uma forte base educacional e experiências pessoais (Benner, 2001). Desta forma, através da aquisição e melhoria de competências, sinto que posso contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC.

Após a licenciatura em enfermagem 2016, fui desenvolvendo o processo de aprendizagem a nível pessoal e profissional através da formação contínua com vista à consolidação de conhecimentos prévios, assim como ao desenvolvimento de novas competências e conhecimentos, o que me levou à realização deste mestrado. Neste seguimento realizei várias formações das quais saliento, Triagem de Manchester, Suporte Imediato de Vida, Curso ITLS e o Curso de Transporte do Doente Crítico.

O bom aproveitamento teórico de todas as unidades curriculares do mestrado, tornou-se fundamental, aliado à experiência do meu percurso profissional de seis anos no SU, a um maior aproveitamento no desenvolvimento dos ensinamentos clínicos, com a transposição desses conhecimentos para a prática, de forma refletida e ponderada. O que contribuiu para uma compreensão dos problemas de saúde de forma fundamentada e um auxiliar nos processos de tomada de decisão.

A prestação de cuidados à PSC exige do enfermeiro uma grande integração de competências técnicas, científicas e relacionais, que lhe permitem diagnosticar as necessidades de cada pessoa e, deste modo, criar um plano individual de cuidados em conformidade tendo como suporte a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

O recurso ao processo de Enfermagem revelou-se uma mais-valia, sobretudo nas situações novas e não familiares já que proporcionou uma metodologia sistematizada para a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados.

O desenvolvimento das capacidades de execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica que é esperado de um EEEMC à PSC e Mestre não pode descurar da adoção de uma conduta responsável e ética, e atuação no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Lei nº 156/2015).

Neste âmbito, aprofundei os meus conhecimentos participando numa formação sobre a Ética e Humanização dos Cuidados de Saúde. Deste modo, esta formação a par da experiência profissional e académica trouxe neste aspeto particular, uma capacidade de gestão de processos que possibilita a manutenção da qualidade dos cuidados com respeito pelos direitos humanos dos doentes e suas famílias.

Como já referido no capítulo anterior, na unidade curricular Ética e Deontologia desenvolvi em grupo a resolução de um dilema ético da prática de cuidados à PSC, sendo que o exemplo utilizado foi baseado numa experiência minha vivenciada no SU. Foi usado para a resolução desse dilema, o modelo de tomada de decisão DECIDE, e foi importante perceber de forma fundamentada a resolução desta situação, pois consegui consolidar conhecimento que fortaleceu o meu processo de autonomia de julgamento na tomada de decisão ética que vim a realizar posteriormente.

A comunicação é também um pilar fundamental no exercício da profissão de Enfermagem. É através dela que se estabelece uma relação terapêutica entre todos os intervenientes e é assegurado a continuidade dos cuidados. A articulação com a equipa multidisciplinar e a comunicação entre os membros devem sempre fundamentar-se em conhecimentos teóricos, éticos e legais, tanto na prestação de intervenções especializadas como nos processos de tomada de decisão e gestão dos cuidados, visando promover a qualidade dos cuidados. Desta forma, considero ser capaz de comunicar as minhas conclusões e os conhecimentos aos meus pares, de uma forma clara e sem ambiguidade. Nomeadamente, consegui comunicar à equipa de enfermagem da UCIC as minhas conclusões, obtidas a partir dos resultados dos questionários aplicados e das conversas informais que realizei com os doentes. Consegui também, junto dos meus tutores, orientadora e pares, comunicar os resultados da minha pesquisa durante este mestrado e exercício da profissão, sendo momentos importantes de partilha e discussão.

Para uma transmissão eficaz de informações, recorri à norma ISBAR, recomendada pela DGS em 2017d, durante os momentos de transferência de cuidados, garantindo assim, a uniformidade, segurança e qualidade nos cuidados prestados.

A acreditação à unidade curricular Ensino Clínico I – Urgência Polivalente pela minha experiência profissional de cinco anos (no momento da candidatura) num SU polivalente assim como, a validação através de uma declaração de competências adquiridas no SU pelo meu superior hierárquico valorizou as competências adquiridas pela minha experiência. O SU é propício ao desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem à PSC, constituindo, portanto, uma grande oportunidade em termos de planeamento de cuidados que me permitem intervir em situações de emergência e urgência, bem como dar resposta às solicitações da população. De facto, as competências desenvolvem-se quando se aplica a teoria às situações vivenciadas na prática profissional (Gomes, 2008). A avaliação de práticas, atitudes e competências assume uma importância primordial na criação de uma base estrutural para a criação de intervenções personalizadas e orientadas a contextos específicos, com vista à promoção e dinamização da prática baseada em evidência por parte dos enfermeiros (Pereira, 2021).

Durante o ensino clínico na UCIP, adquiri e desenvolvi competências a partir das situações vivenciadas durante o estágio. O foco de atenção no utente como um ser único inserido na família, a fundamentação das intervenções baseada em evidências científicas,

a tomada de decisão, as reflexões e os momentos de formação que permitiram a partilha de conhecimentos com a equipa foram características que me enriqueceram. Essa experiência proporcionou-me a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências para cuidar da PSC e família num contexto de uma UCI, ou seja, permitiu-me desempenhar cuidados diferenciados aos doentes que recebo no SU.

Durante este estágio realizei um estudo de caso de um doente, elaborei um plano de cuidados e a avaliação desses cuidados e a reformulação das intervenções, em função da necessidade do utente, dos ganhos em saúde atingidos ou das alterações verificadas. Sendo o plano de cuidados um processo contínuo e dinâmico, procurei desenvolver competências cognitivas (pela aquisição e mobilização de conhecimentos e saberes), técnicas (através da operacionalização dos conhecimentos adquiridos), psicossociais e relacionais (mediante a interação com o doente, a família e a equipa multiprofissional). A reflexão e discussão em grupo do caso clínico permitiu-me esclarecer dúvidas, compreender e resolver problemas reais ou potenciais e melhorar a minha autonomia. Este momento foi oportuno para o meu processo de aprendizagem, uma mais-valia para que possa na minha prática diária fazer a diferença.

Em relação ao ensino clínico na UCIC, apesar de ser detentora de alguma experiência no cuidar do doente crítico, o ambiente nesta unidade foi uma nova realidade, o que exigiu um empenho constante de integração e revisão de alguns conteúdos teóricos abordados e outros que tive de pesquisar para conseguir dar resposta às situações com que me fui deparando ao longo do ensino clínico. Uma das preocupações ao longo do ensino clínico foi conseguir ter um maior número de oportunidades, obter melhores conhecimentos, para identificar as capacidades e limitações pessoais e aprimorando a prática de cuidados à PSC com doença coronária.

Na UCIC, a realização deste estágio, pela metodologia de projeto de autoformação, permitiu-me refletir sobre o tema em causa, nomeadamente pelo cuidado especializado na gestão da dor no cliente com EAM. O tema escolhido apresentou um cariz pessoal, já que ao trabalhar num SU, onde muitas vezes presto cuidados iniciais a estes doentes, levou-me a considerar que era importante compreender melhor qual a sua abordagem no serviço especializado a estes doentes que é a UCIC.

Os enfermeiros, sendo profissionais, envolvidos num sistema de saúde, desenvolvem um sentimento de compromisso, no sentido de dar resposta aos desafios que se relacionam

com o EAM, nomeadamente na gestão da dor destes doentes. Por vezes, durante o nosso desempenho profissional não existe tempo para a reflexão cuidada sobre o cliente com o EAM. Ao refletir sobre a gestão da dor no doente com EAM, senti a necessidade de perceber qual era a perceção que os enfermeiros da UCIC têm em relação à gestão da dor que é realizada na unidade, tendo para isso desenvolvido um questionário que foi aplicado e analisado, o que me foi útil para uma reflexão e intervenção mais fundamentada. Também através de conversas informais com os doentes, consegui ter a perceção da satisfação que o cliente apresenta em relação à gestão da sua dor por parte dos enfermeiros que exercem funções na UCIC. Com este projeto de autoformação consegui compreender mais aprofundadamente esta temática, com uma melhor fundamentação, que no futuro se vai transmitir para o exercício da prática autónoma com cuidados mais seguros e de maior qualidade.

As aprendizagens e experiências que este período me proporcionaram foram essenciais para a aquisição de competências na área da especialização. Sendo que na UCIC são prestados cuidados de saúde diferenciados à PSC do foro cardíaco, proporcionou-se por isso um bom local de estágio para a obtenção e desenvolvimento de conhecimento.

Com base no explanado, considero que demonstrei um nível de conhecimento e compreensão que está em consonância com o grau de Mestre em Enfermagem. Este conhecimento resulta do aprimoramento dos saberes subjacentes ao desenvolvimento de competências comuns do EE, bem como das competências específicas do EEEMC à PSC, refletidas ao longo deste relatório.

## CONCLUSÃO

Concluir este relatório significa o fim de uma das últimas etapas deste percurso de aprendizagem, termino com a certeza de que os novos horizontes exigem um trabalho contínuo e persistente na procura da excelência do cuidar. Atualmente, transparece em mim, o sentimento de dever cumprido.

Este relatório é um instrumento que dá visibilidade ao trabalho desenvolvido quer no meu exercício profissional em contexto de SU, quer nos estágios. A sua elaboração permitiu-me refletir e analisar o caminho percorrido, bem como contribuiu para o meu processo de aprendizagem, com vista à mudança de práticas e comportamentos, baseados na melhor evidência científica, com o objetivo na qualidade e segurança do cuidar em Enfermagem especializado.

Baseei-me na reflexão deste percurso tendo por base o atingimento das competências comuns do EE, competências específicas do EEEMC à PSC e as competências de Mestre. Procurei expor os conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo de seis anos no exercício da profissão de Enfermagem no SU do CH e do percurso académico deste mestrado. Esta reflexão permitiu-me tomar consciência das capacidades técnicas, científicas, humanas e relacionais, assim como, a evolução a nível da reflexão crítica, de tomada de decisão, autonomia e criatividade adquiridas.

Os cuidados de enfermagem à PSC e sua família/cuidador exigem uma observação constante na procura e colheita de dados, com o objetivo de obter informações contínuas sobre a sua situação. Esta abordagem visa prever e detetar precocemente possíveis complicações, garantindo uma intervenção precisa, eficiente e no melhor tempo útil. (Regulamento nº 429, 2018).

Especificamente, no que respeita às doenças cardiovasculares, estas são a principal causa de morte no mundo. Sendo que o primeiro sintoma de doença coronária é a dor torácica. Exercendo eu atividade num SU, onde presto cuidados iniciais a estes doentes, fez despertar em mim a necessidade de aprofundar o conhecimento na área, nomeadamente nas competências de gestão da dor nos EAM em UCI especializados.

Assim, consegui perceber que a prestação de cuidados de Enfermagem nas UCI, requer o desenvolvimento de competências técnicas e científicas cada vez mais diferenciadas, exigindo aos profissionais de saúde, e em particular aos enfermeiros, que

detenham qualificações adequadas e em constantemente aperfeiçoamento, o que implica estar atualizado com as mais recentes orientações para o tratamento da pessoa com EAM, promover a prática baseada na evidência, possuir um corpo de conhecimentos técnicos, cognitivos, organizacionais, sociais, relacionais e de comunicação e ter uma atitude proativa de aprendizagem autónoma. Estas premissas são essenciais para a organização funcional das unidades que acolhem a pessoa com EAM, pois funcionam como pilar para a gestão de cuidados (Paiva & Ferreira, 2018; Silva et al., 2019).

Deste modo, durante este percurso, e especificamente no estágio de opção, consegui desenvolver, entre outras, uma das competências do EEEMC à PSC, que é a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, que, em conjunto com as outras áreas de competência, permitiu que prestasse um cuidado mais holístico, seguro e de qualidade à pessoa/família com EAM. O cuidado especializado ao cliente com dor vítima de EAM, proporcionou-me um grande crescimento não só a nível profissional, como pessoal.

Apesar de ser detentora de alguma experiência no cuidar da PSC e sua família/cuidador, o ambiente em UCI foi uma nova realidade, o que exigiu um empenho constante de integração e revisão de alguns conteúdos lecionados e outros que tive de pesquisar para conseguir dar resposta às situações com que me fui deparando ao longo dos ensinamentos clínicos. Os estágios estiveram assim, repletos de novas vivências e experiências enriquecedoras. Este período permitiu-me abordar diversos assuntos, como a gestão da dor nos doentes com EAM e desenvolver as competências desejadas, para que no futuro os meus cuidados de Enfermagem prestados sejam com maior segurança e qualidade.

Uma das preocupações ao longo deste mestrado foi aproveitar todas as oportunidades, obter melhores conhecimentos, para identificar as capacidades e limitações pessoais e aprimorando a prática de cuidados na assistência à PSC.

Considero que este percurso foi enriquecedor e concedeu-me oportunidade de desenvolver as minhas aptidões, aumentar os meus conhecimentos teóricos e práticos e de partilhar a minha visão enquanto futura EEEMC e Mestre. Pude realmente verificar a continuidade de cuidados e creio que esta visão global do percurso do doente que tive trará benefícios pois fiquei desperta para alguns pormenores que anteriormente não estava.

A nível das dificuldades sentidas, a gestão de tempo do trabalho e estágio com a vida familiar, foi sem dúvida um dos maiores desafios no decorrer deste percurso, mas com esforço, dedicação, apoio da minha família, tutores e orientadora tornou-se mais fácil ultrapassar esta adversidade.

No desenvolvimento de todas as intervenções ao longo deste mestrado adotei uma postura profissional com empenho, dedicação e humildade, aceitei novas estratégias e sugestões e adquiri um conjunto maior de conhecimentos no cuidar da PSC. Tendo em conta todo o meu percurso académico e a sua integração no meu exercício profissional num SU, considero ter conseguido alcançar todos os objetivos anteriormente propostos, indo ao encontro dos princípios elencados pela OE para o EEEMC à PSC e pelos pressupostos previstos pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior para o grau de Mestre.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, S. (2012). Resposta da medicina intensiva em situações de múltiplas vítimas e catástrofes. *Ata Médica Portuguesa*, 25 (1), 37-43. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6/11>.

Alves, F., & Sampaio, C. (2020). Cardiologia. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 234-240). Lidel.

Anekar, A. A., Hendrix J. M. & Cascella, M. (2023). *WHO Analgesic Ladder*. StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/#article-31358.s8>.

Azevedo, L. R., Sousa, A. S. & Coelho, P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? -revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, (8)12, 12–22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>.

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

Bohula, E. A. (2019). Acute coronary syndromes. In A. K. Singh, & J. Loscalzo (Eds.), *The Brigham intensive review of internal medicine* (3rd ed., pp. 820-833). Elsevier.

Caldeira, P. (2021). Reanimação cardiopulmonar avançada no adulto. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 113 – 118). Lidel.

Calle, G. H. La, Martin, M. C., & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29 (1), 9-13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>.

Camilo, L. S., Dantas, T. O., Musse, J. O., Silva, D. P., & Assis, E. S. (2017). Preservação da cena do crime pelo enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência: Uma revisão integrativa. *Cadernos de Graduação*, 4 (2), 185-202. [file:///C:/Users/f60001/Downloads/4602-Texto%20do%20artigo-14154-1-10-20171121%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/f60001/Downloads/4602-Texto%20do%20artigo-14154-1-10-20171121%20(1).pdf).

Centro Nacional de Observação em Dor. (2010). Estado da arte do ensino da dor em Portugal. Relatório final maio 2010. [https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/estado\\_da\\_arte\\_do\\_ensino\\_da\\_dor\\_em\\_portugal.pdf](https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/estado_da_arte_do_ensino_da_dor_em_portugal.pdf).

Costa, N. (2020). Avaliação da dor: terapias não farmacológicas para alívio da dor. In J. A. Pinho. *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 93-105). Lidel.

Costa, N. S. (2012). *Formação em contexto clínico: A perspetiva do estudante de enfermagem*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9321/1/Tese%20Nuno%20Sevivas.pdf>.

Cunha, V. F. da, Almeida, A. A. de Pillon, S. C., Fontaine, A. M. G., & Scorsolini-Comin, F. (2022). Religiosidade/espiritualidade na prática em enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 131 – 150. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1287>.

David, D., Britting, L., & Dalton, J. (2015). Cardiac acute care nurse practitioner and 30-day readmission. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 30 (3), 248-255. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000147>.

Decreto-Lei n.º 65/2018. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, I série, n.º 157 (16 de agosto). 4147-4182. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>.

Despacho n.º 10319/2014. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República, II série, n.º 153 (11 de agosto). 20673-20678. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>.

Despacho n.º 10960/2020. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Diário da República, II série, n.º 218 (09 de novembro). 180-182. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10960-2020-147933360>.

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, Diário da República: série II, n.º 187, (24 setembro). Plano para a segurança dos doentes 2021-2026. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>.

Dias, A. S. (2018). Gestão da dor aguda na pessoa em situação crítica: Uma intervenção de enfermagem especializada. Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. RCAAP. [https://comum.rcaap.pt/...1gio\\_Ana%20Dias\\_7361.pdf](https://comum.rcaap.pt/...1gio_Ana%20Dias_7361.pdf).

Dik, Alana & Lohmann, Paula. (2020). A dor no contexto da urgência e emergência: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9 (4). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2898>.

Direção Geral da Saúde (2011). Orientação n.º 17: Escala de braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Direção Geral da Saúde. [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx).

Direção Geral da Saúde (2019). Norma n.º 08: Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf.

Direção Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa N° 09 - Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde. (2008). Circular Normativa N°11 - Programa nacional de controlo da dor. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf).

Direção Geral da Saúde. (2017a). Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares. [https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS\\_PNDCCV\\_VF.pdf](https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf).

Direção Geral da Saúde. (2017b). Programa nacional para a prevenção e controlo da dor. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa\\_Nacional\\_para\\_a\\_Preven%C3%A7%C3%A3o\\_e\\_Ccontrolo\\_da\\_Dor\\_-\\_2017.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Ccontrolo_da_Dor_-_2017.pdf).

Direção Geral da Saúde. (2022a). Norma n° 020/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção de local cirúrgico. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_local\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf).

Direção Geral da Saúde. (2022b). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf).

Direção Geral de Saúde. (2015). Norma n° 018/2014 atualizada 27/04/2015. Prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>.

Direção Geral de Saúde. (2017c). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%Aancia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>.

Direção Geral de Saúde. (2020). Norma n° 007/2020. Prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2: Equipamentos de proteção individual. [https://www.spci.pt/media/covid-19/Norma\\_007\\_2020\\_DGS\\_Covid19.pdf](https://www.spci.pt/media/covid-19/Norma_007_2020_DGS_Covid19.pdf).

Direção Geral de Saúde. (2022c). Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_022\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022-prev\\_inf\\_cvc.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf).

Direção Geral de Saúde. (2022d). Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_021\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_pneum\\_assoc\\_intubacao\\_corrigena\\_marco\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigena_marco_2023.pdf).

Direção Geral de Saúde. (2022e). Infeções e resistências a antimicrobianos: Relatório do programa prioritário PPCIRA 2021. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde. (2022f). Relatório do inquérito de prevalência de ponto em hospitais de agudos em Portugal 2017. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde. (2023). Orientação 011/2021 atualizada a 18/04/2023. COVID-19: Utilização de Máscaras. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28695/orienta%C3%A7%C3%A3o-011-2021-covid-19-utiliza%C3%A7%C3%A3o-de-m%C3%A1scaras-atualizada-a-18042023.pdf>.

Direção-Geral da Saúde. (2017d). Norma nº 001: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2021, May, 5). *Save lives: Clean your hands – ECDC supports world hand hygiene day*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/save-lives-clean-your-hands-ecdc-supports-world-hand-hygiene-day-2021>.

European Society of Cardiology. (2017). Recomendações de Bolso da ESC de 2017: EAM-STEMI Recomendações para o tratamento do enfarte agudo do miocárdio nos doentes que se apresentam com elevação do segmento ST. Sociedade Europeia de Cardiologia. [https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/1.EAM\\_STEMI-2017.pdf](https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/1.EAM_STEMI-2017.pdf).

European Society of Cardiology. (2018). Recomendações de bolso de 2018 da ESC: 4.<sup>a</sup> Definição universal de enfarte do miocárdio. Sociedade Europeia de Cardiologia.

[https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/Pocket\\_Definicao-Enfarte\\_compressed.pdf](https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/Pocket_Definicao-Enfarte_compressed.pdf).

European Society of Cardiology. (2023, september 15). *DCV – Doenças cardiovasculares*. <https://www.healthy-heart.org/pt/o-seu-coracao/o-que-e-a-doenca-cardiaca/>.

Feitosa, E., & Nunes, R. (2021). Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio na unidade de terapia intensiva adulto. *Rev Bras Interdiscip Saúde*, 3 (4), 67-74. [http://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis\\_](http://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis_)

Ferreira, S., Pasa, J., & Lysakowski, S. (2020). Atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio. *Revista Espaço Ciência & Saúde*, 7 (2), 35 – 41. [https://doi.org/10.33053/recs.v7i2.240\\_](https://doi.org/10.33053/recs.v7i2.240_)

Figueira, A. I. R., Amaral, G. M. M. da S., & Carmo, T. I. G. (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11 (1), e2712. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2712>.

Figueiredo, F. (2021). *Catástrofe externa/Emergência interna*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Biblioteca virtual em Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1366341>.

Filgueiras, P. H. C., Junior, A. M. C., Bagano, G. O., Correia, V. C. de A., Lopes, F. O. de A., de Souza, T. M. B., Fonseca, L. L., Kertzman, L. Q., Lacerda, Y. F., Rabelo, M. N., & Correia, L. C. L. (2020). Does advanced age reduce the typicality of clinical presentation in patients with acute chest pain related to coronary artery disease?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 116 (6), 1039 – 1045. <https://doi.org/10.36660/abc.20190089>.

Fumagalli, I. H. T., Sudré, G. A., & Matumoto, S. (2021). Práticas colaborativas interprofissionais em cuidados de saúde primários: Um protocolo de scoping review. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(6), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20130>.

Garcia, F. H. M., Silva, R. dos S., Cruz, M. A. F., Noronha, V. F. C. M., & Braga, A. L. L. (2021). Avaliação do transtorno de ansiedade em pacientes pós-angioplastia coronariana em um hospital de referência cardiológica. *Brazilian Journal of Health Review*, 4 (1), 2084 – 2094. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-169>.

Gomes, B. (2008). *Enfermagem de Reabilitação: um contributo para a satisfação do utente*. [Doctoral dissertation Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7275/2/Tese%20DoutoramentoBarbara.pdf>.

He, C. J., Zhu, C. Y., Han, B., Hu, H. Z., Wang, S. J., Zhai, C. L., & Hu, H. L. (2020). Association between anxiety and clinical outcomes in Chinese patients with myocardial infarction in the absence of obstructive coronary artery disease. *Clinical Cardiology*, 43 (7), 659 – 665. <https://doi.org/10.1002/clc.23386>.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. (1nd ed). Departamento de Formação em Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>.

Instituto Nacional de Estatística. (2021, March 01). *Causas de Morte*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_bo ui=458514604&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=458514604&DESTAQUESmodo=2).

International Association for the Study of Pain. (2020, March 16). *IASP Announces revised definition of pain*. <https://www.iasppain.org/publications/iaspnews/iaspanouncesreviseddefinitionofpain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>.

International Association for the Study of Pain. (2023). *Developing an Integrative Pain Care Plan*. [https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2023/04/developing-an-integrative-pain-care-plan-fact-sheet\\_R3.pdf](https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2023/04/developing-an-integrative-pain-care-plan-fact-sheet_R3.pdf).

International Council of Nurses. (2019). *Position statement: Nurses and disaster risk reduction, response and recovery*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20PS%20Nurses%20and%20disaster%20risk%20reduction%20response%20and%20recovery.pdf>.

Jesus, É. H., Roque, S. M. B. & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26-44. <http://hdl.handle.net/10400.14/19776>.

Lei n.º 12/2005. Informação genética pessoal de saúde. Diário da República: série I-A, n.º 18 (26 abril). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2005-106603593-106597557>.

Lei n.º 156/2015 da Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II série, n.º181 (16 de setembro). [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=2446&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2446&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=).

Lei n.º95/2019 de Bases da Saúde da Assembleia da República, Diário da República: I série, n.º169 (4 de setembro). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>.

Li, P., Lu, X., Kranis, M., Wu, F., Teng, C., Cai, P., Hashmath, Z., & Wang, B. (2020). The association between anxiety disorders and in-hospital outcomes in patients with myocardial infarction. *Clinical Cardiology*, 43 (6), 622–629. <https://doi.org/10.1002/clc.23358>.

Lima, V., Silva, M., Carvalho, I., Carneiro, C., Morais, A., Torres, G. & Pinto, A. (2020). A utilização do fluxo assistencial pelo enfermeiro ao paciente com dor torácica: Facilidades e dificuldades. *Rev Bras Enferm*, 74 (2): e20190849. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0849>

Lopes, A. L. B. (2011). Intervenção coronária percutânea no enfarte agudo do miocárdio - influência no prognóstico dos doentes. [Master' thesis, Universidade de Lisboa]. RCIPL. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/1600/1/Interven%c3%a7%c3%a3o%20coron%c3%a1ria%20percut%c3%a2nea%20no%20enfarte%20agudo%20do%20mioc%c3%a1rdio.pdf>.

Luiz, F. S., Vasconcellos, L. J. de, Barbosa, A. C. S., Paiva, A. do C. P. C., Santos, K. B. dos, Sanhudo, N. F., & Carbogim, F. da C. (2020). Papel do pensamento crítico na tomada de decisão pelo enfermeiro: Revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 38, e1763. <https://doi.org/10.25248/reas.e1763.2020>

Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(1), 19–30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory-middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situati\\_on\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situati_on_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf).

Monte, R., (2020). Sedação e analgesia no doente crítico. In J. Pinho (1ª Ed), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.107-116). Lidel.

Oliveira, A., Barbosa, M., Silva, G., Silva, J., Oliveira, H., Oliveira, D., Barbosa, L. & Silva, C. (2019). As implicações do transporte intra-hospitalar na segurança do paciente: revisão integrativa. *Revista Ciência plural*, 5 (3), 103-119. <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18252/12236>.

Oliveira, C. C., Vilela, F., Braga, C., Costa, J., & Marques, J. (2023). Diferenças entre os sexos no infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST – Análise retrospectiva de um único centro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 120 (1), e20211040. <https://doi.org/10.36660/abc.20211040>.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática* (série I. nº1).  
Ordem dos Enfermeiros.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de doentes críticos: Recomendações. <https://ordemosmedicos.pt/transporte-de-doentes-criticos-versao-atualizada-2023/>.

Organization for Economic Co-operation and Development (2018). *Healthcare-associated infections*. OECD Publishing, Paris/European Union.  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-45-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-45-en).

Ornelas, S., Abreu, L., Vale, S., & Pestana, C. (2023). Ativação da via verde coronária na Região Autónoma da Madeira: estudo de coorte. *JIM*, 4 (1), 073 – 082.  
<https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.751>.

Paiva, S., & Ferreira, P. (2018). Transição saúde-doença na pessoa com enfarte agudo do miocárdio: Estudo qualitativo. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 1 (1), 57 – 66. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.29>.

Parecer Conjunto nº01/2017 da Ordem dos Enfermeiros. Atribuição de responsável de turno. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce\\_mceemc\\_01-2017\\_atribuicaoresponsavelturno\\_.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf).

Parecer Conselho Jurisdicional 112/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Parecer sobre o sigilo profissional e a obrigatoriedade de denúncia de situações de violência doméstica. (5 de junho). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16907/parecer-112-2019\\_cj\\_viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16907/parecer-112-2019_cj_viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica.pdf).

Peixoto, T. A. D. S. M., & Peixoto, N. M. D. S. M. (2017). Critical thinking of nursing students in clinical teaching: an integrative review. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4 (13), 125 – 138. <https://doi.org/10.12707/RIV16029>.

Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: Avaliação de atitudes, competências e práticas. In M. Júnior. *Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade* (pp.15-35). Editora Científica.  
[https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72449/1/Cap%C3%83%C2%ADtulo\\_EC\\_PBE\\_publicado.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72449/1/Cap%C3%83%C2%ADtulo_EC_PBE_publicado.pdf).

Pimenta, C. A. M., Jensen, R., Shimoda, G. T., Nishi, F. A., Amorim, A. F., & Lopes, C. T. (2017). Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. *Coren-SP*. <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>.

Regulamento n.º 464/2022. Regulamento da admissão e funcionamento aos cursos de 2.º ciclo, conferentes do grau de mestre, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Diário da República: série II, n.º 93, (13 de maio). [https://www.santamariasaude.pt/wp-content/uploads/2022/07/220513\\_Reg.464\\_2022-Regulamenta-a-admissa%CC%83o-funcionamento-dos-cursos-de-2.ociclo-conferentes-de-grau-de-mestre-1.pdf](https://www.santamariasaude.pt/wp-content/uploads/2022/07/220513_Reg.464_2022-Regulamenta-a-admissa%CC%83o-funcionamento-dos-cursos-de-2.ociclo-conferentes-de-grau-de-mestre-1.pdf).

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República, II série, N.º 18 (25 de setembro). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>.

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, II série, n.º26 (6 de fevereiro). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Regulamento n.º 175/2021 da Província Portuguesa das Franciscanas Missionárias de Nossa Senhora. Regulamento do Processo de Creditação da Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Diário da República, IIª série, n.º41 (1 de fevereiro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/175-2021-158480348>.

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, IIª série, n.º135 (16 de julho). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.

Regulamento n.º338/2017 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de aconselhamento deontológico para efeitos de divulgação de informação confidencial e dispensa do segredo profissional. Diário da República série II, n.º 120 (23 de junho). [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=2446&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2446&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=).

Rezende, H., Melleiro, M. M., Marques, P. A. O. & Barker, T. H. (2021). Interventions to reduce patient identification errors in the hospital setting: A systematic review. *The Open Nursing Journal*, 15(1), 109–121. <https://doi.org/10.2174/1874434602115010109>.

Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. Em *Revista Medica Clínica Las Condes*, 30(2), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>.

Rosa, I., Pais, D., & Guimarães Consciência, J. (2016). Os princípios da bioética aplicada em urgência hospitalar. *Medicina Interna*, 23 (1), 18 – 23. <https://doi.org/10.24950/rspmi.777>.

Sá, F. L. F. R. G. & Henriques, H. M. da S. R. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (26), 109-123. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>.

Santana, A. V. B. de, Santana, K. N. M., Souza, M. S. de, & Santos, S. O. F. (2023). Assistência de enfermagem: Os desafios enfrentados no processo da sedação. *Research, Society and Development*, 12 (4), e19012441133. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41133>.

Serviço Nacional de Saúde. (2021, september 29). *Via verde coronária*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/09/29/dia-mundial-do-coracao-6/>.

Serviço Nacional de Saúde. (2023, february 14) *Via verde coronária*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/02/14/via-verde-coronaria-3/>.

Serviço Nacional de Saúde. (2023, may 11). *Doenças do coração: Enfarte agudo do miocárdio*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/enfarte-agudo-do-miocardio/#como-se-manifesta-o-enfarte-agudo-do-miocardio>.

Silva, C., Sá, F., & Leal, M. T. (2019). Continuidade de cuidados à pessoa com enfarte agudo do miocárdio: Revisão integrativa da literatura. *Pensar Enfermagem*, 23 (1), 59 –71. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v23i1.156>.

Silva, D., Lima, R., Lima, T., & Carvalho, J. (2019). Monitorização hemodinâmica de pacientes críticos e atuação do enfermeiro: Revisão integrativa. *UDF Centro Universitário*, 2, 1-13. <https://repositorio.unicid.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1210/3/Monitorizacao%20hemodinamica%20de%20pacientes%20criticos%20e%20atuacao%20do%20enfermeiro%20-%20Revisao%20integrativa.pdf>.

Silva, J., & Passos, M., (2020). Assistência de enfermagem a pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio: Uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos-Ano III*, 3 (7). <https://doi.org/10.5281/zenodo.4276274>.

Silva, M. (2017). Método de trabalho de enfermeiro responsável: Melhoria da qualidade. [Master' thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>.

Soares, A., (2017). Conceções dos enfermeiros especialistas: Contributos para a qualidade. [Master' thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18940/1/Mestrado%20Ana%20Soares.pdf>.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Resultados: Plano nacional de avaliação da dor. Grupo Avaliação da Dor. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>.

Soeiro, A., Biselli, B., Leal, T., Bossa, A., César, M., Jallad, S., Goldstein, P., Guimarães, P., Serrano Jr, C., Nomura, C, Nakamura, D., Rochitte, C., Soares, P., & Oliveira Jr., M. (2021). Desempenho diagnóstico da angiotomografia computadorizada e da avaliação seriada de troponina cardíaca sensível em pacientes com dor torácica e risco intermediário para eventos cardiovasculares. *Arq. Bras. Cardiol.*, 118 (5), 894-902. <https://doi.org/10.36660/abc.20210006>.

Teixeira, A. C., & Figueiredo, M. C. B. (2020). Investigação e prática baseada na evidência. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos*, (pp. 8-20). Lidel.

Teixeira, J. M. F., & Durão, M. C. (2016). Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4 (10), 135 –142. [https://doi.org/10.12707/RIV16026\\_](https://doi.org/10.12707/RIV16026_)

Teixeira, S. (2019). Perceção da dor nos doentes sedados e ventilados internados nos cuidados intensivos. [Master' thesis, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. R CAAP.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edsrca&AN=rcaap.com.utad.repositorio.utad.pt.10348.9443&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site&custid=s9416569>.

United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2020). *Global assessment report 2019*. United Nations. [https://gar.undrr.org/sites/default/files/reports/2019-05/full\\_gar\\_report.pdf](https://gar.undrr.org/sites/default/files/reports/2019-05/full_gar_report.pdf).

World Health Organization & International Council of Nurses. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. World Health Organization and International Council of Nurses.

<http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>.

World Health Organization. (2021, june 11). *Cardiovascular diseases*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

# ANEXOS

**Anexo I - Análise dos dados ao questionário sobre a perceção dos enfermeiros da UCIC em relação à gestão da dor no cliente com EAM**

Questões	Respostas
1. Que escala de avaliação mais utiliza para avaliação da dor no doente com EAM?	Escala qualitativa <b>19%</b>
	Escala Numérica <b>81%</b>
2. Quando avalia a intensidade da dor no doente com EAM?	Pelo menos uma vez por turno e sempre que se justifique <b>100%</b>
3. Quando avalia a dor, tem em conta os seguintes itens:	Solicita ao cliente que classifique a intensidade da sua dor <b>76%</b>
	Regista, sempre, o valor obtido <b>86%</b>
	Atua de acordo com os resultados obtidos <b>95%</b>
4. Qual(ais) a(s) maior(es) dificuldade(s) que sente no processo de avaliação de dor?	Regista as ações desenvolvidas e os resultados obtidos <b>71%</b>
	Falta de tempo, consequente da sobrecarga de trabalho <b>33%</b>
	Dificuldades na relação terapêutica com o doente <b>4,8%</b>
	Pouca sensibilidade à dor <b>4,7%</b>
	Falta de reconhecimento da dor pelos sinais e sintomas <b>9,5%</b>
	Falta de um guia/norma/protocolo que o ajude numa avaliação correta <b>38%</b>
	<i>Outra: Falta de iniciativa do utente em identificar que tem dor</i> <b>4,8%</b>
	<i>Outra: Dificuldade do doente em mensurar a intensidade da dor</i> <b>9,5%</b>
<i>Outra: Nenhuma</i> <b>9,5%</b>	
5. Que intervenções não farmacológicas mais utiliza na gestão da dor no doente com EAM?	Termoterapia ou crioterapia <b>62%</b>
	Massajar partes do corpo <b>14%</b>
	Executar posicionamento anti-álgico <b>81%</b>
	Executar técnica de relaxamento <b>33%</b>
	Toque terapêutico <b>9,5%</b>
6. Que intervenções farmacológicas	Opioides <b>86%</b>
	Anti-inflamatórios não esteroides <b>4,1%</b>

mais utiliza na gestão da dor no doente com EAM?	Vasodilatadores	<b>62%</b>
	Anti-inflamatórios esteroides	<b>4,1%</b>
7. Perante um doente com dor, que intervenções adota com mais frequência?	Intervenções não farmacológicas	<b>0%</b>
	Intervenções farmacológicas	<b>38%</b>
	As duas em conjunto	<b>62%</b>
8. Que outra intervenção realiza para garantir o conforto do doente para além da gestão da dor?	Otimização do ambiente	<b>52%</b>
	Administração de oxigénio	<b>19%</b>
	Suporte emocional	<b>71,4%</b>
	Posicionamento adequado	<b>81%</b>
9. Considera que devem existir melhorias na gestão da dor nos doentes com EAM?	Não	<b>52%</b>
	Sim	<b>48%</b>
	<p><i>“A supressão total e rápida da dor leva, por vezes, à desvalorização da dor”.</i></p> <p><i>“Reconhecer precocemente sinais de dor”.</i></p> <p><i>“Aplicação de escalas corretamente de acordo com o doente”.</i></p> <p><i>“Uniformização do procedimento e registos”.</i></p>	
10. Se tivesse oportunidade, o que sugeria?	Estruturação de guia, norma ou protocolo de avaliação da dor	<b>76%</b>
	Acompanhamento durante a implementação de escalas	<b>9%</b>
	Outra: <i>Insistir no registo da dor com nova monitorização para avaliar os resultados</i>	<b>4,8%</b>
	Outra: <i>Auditoria e processo de melhoria continua</i>	<b>4,8%</b>
	Outra: <i>Melhorar conhecimento sobre as diferentes escalas da dor</i>	<b>4,8%</b>