



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

**Possibilitar o exercício do autocuidado na pessoa com
Enfarte Agudo do Miocárdio: Intervenção
especializada de enfermagem**

Humberto Augusto Costa

Lisboa

2023



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

**Possibilitar o exercício do autocuidado na pessoa com
Enfarte Agudo do Miocárdio: Intervenção
especializada de enfermagem**

Humberto Augusto Costa



Orientador: Professora Doutora Anabela Pereira Mendes



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pela aprendizagem obtida ao longo deste percurso...

À minha docente orientadora

Professora Doutora Anabela Mendes, o meu obrigada pela dedicação, apoio e conforto nesta etapa académica... obrigado pela motivação que me foi transmitindo principalmente nas fases mais exigentes...

Aos meus amigos

Aqueles que me acompanham lado a lado, embora nem sempre presentes, carregam a força e energia necessária para me fazer ir mais além... por estarem comigo nas fases mais difíceis e pelos conselhos preciosos...

Obrigado por serem verdadeiros amigos... são como uma família que me acolhe!

À minha família, parceira neste percurso académico

Pilar essencial neste caminho... obrigado pelos momentos de incentivo que me impulsionaram para subir cada degrau da vida!

Aos meus pais e irmão

São a força da minha natureza... a vós devo-vos tudo o que sou hoje...

LISTA DE SIGLAS

ATLS – Advanced Trauma Life Support

APA - American Psychological Association

CINHAL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EE – Enfermeiro Especialista

EEMCPSC – Enfermeiro Especialista Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ISBAR - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrievel System Online

MEMCPSC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia

PCEA - Patient Controlled Epidural Analgesia

PICO – População, Intervenções, Contexto, Outcomes

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

WHO - World Health Organization

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SU – Serviço de Urgência

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

Possibilitar o exercício do autocuidado à pessoa/família com EAM foi baseado em estratégias que incluíram a avaliação das necessidades, o estabelecimento de metas realistas e dirigidas às necessidades, o planeamento de intervenções especializadas de enfermagem, resolução de problemas com adaptação das estratégias, acompanhamento continuado para avaliar e promover motivação, mobilização de recursos internos e da comunidade para prover apoio contínuo de autocuidado. Para que o impacto fosse positivo, tive de centrar a minha intervenção na conceção de uma relação terapêutica sem ideias preconcebidas, estar presente, antecipar, desempenhar com competência e acreditar nas capacidades que a pessoa tem para satisfazer as suas necessidades de autocuidado.

Este relatório teve como principal finalidade, proceder uma análise descritiva, reflexiva e fundamentada do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências e demonstrar as competências adquiridas em contexto clínico. Tendo em consideração a importância dos referenciais teóricos, tive por base a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, a teoria do cuidar de Kristen Swanson, como orientadora do pensamento e da intervenção especializada em contexto clínico e o modelo de Dreyfus de Benner como orientador do desenvolvimento de competências.

O percurso enriquecedor, permitiu desenvolver e aplicar conhecimentos teóricos inerentes à relação terapêutica e à prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica. O conhecimento científico aliado à reflexão crítica da prática especializada em enfermagem foram um meio seguro para atingir a segurança e a qualidade dos cuidados. Desta forma, contribuiu assim para dar resposta à exigência de uma prática de excelência e especializada em enfermagem.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica; Família; Autocuidado; Cuidados especializados de enfermagem

ABSTRACT

Enabling the exercise of self-care for the person/family with MI was based on strategies that included the assessment of needs, the establishment of realistic and needs-directed goals, the planning of specialized nursing interventions, problem-solving with an adaptation of approaches, continuous monitoring to evaluate and promote motivation, mobilization of internal and community resources to provide regular self-care support.

For a positive impact, I had to focus my intervention on the design of a therapeutic relationship without preconceived ideas, be present, anticipate, perform competently, and believe in the abilities that the person has to achieve their self-care needs.

The main purpose of this report was to carry out a descriptive and reasoned analysis of the path of acquisition and development of competencies and to demonstrate the skills acquired in the clinical context. Taking into account the importance of theoretical references, I based on Dorothea Orem's self-care theory, Kristen Swanson's theory of care, as a guide of thought and specialized intervention in the clinical context. And The Dreyfus de Benner model as advisor to improve my skills.

The enriching path allows the development and application of theoretical knowledge inherent to the therapeutic relationship and the provision of care to the person/family in a critical situation. Scientific knowledge combined with critical reflection on specialized nursing practice was a safe means to achieve safety and quality of care. In this way, it contributes to meeting the requirement of the practice of excellence and specialization in nursing.

Key words: critically ill patient; Family; Self-care; Specialized nursing care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	23
1.1. Teoria do autocuidado na pessoa em situação crítica	23
1.2. Modelo de Dreyfus associado à enfermagem	27
2. POSSIBILITAR O EXERCÍCIO DE AUTOCUIDADO À PESSOA COM ENFERME AGUDO DO MIOCÁRDIO	29
3. CONTEXTOS DE ESTÁGIO	33
3.1. Apreciação do contexto de estágio Unidade Cuidados Intensivos	33
3.2. Apreciação do contexto de estágio Serviço de Urgência	34
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	37
4.1. Conhecer a dinâmica dos Serviços, vertentes estruturais, funcionais e organizacionais	39
4.2. Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	40
4.3. Competências no domínio da melhoria da qualidade	44
4.4. Competências no domínio da gestão dos cuidados	47
4.5. Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	50
4.6. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	52
4.7. Dinamizar a resposta em situações de emergência	56
4.8. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica	57
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

APÊNDICES

Apêndice 1. Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura “Possibilitar o exercício do autocuidado na pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Intervenção especializada de enfermagem”.

Apêndice 2. Formação em serviço “As intervenções de enfermagem que possibilitam o autocuidado da pessoa com enfarte agudo do miocárdio”.

Apêndice 3. Resumo/apresentação da comunicação livre no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência na intervenção clínica.

ANEXOS

Anexo 1. Certificado de participação no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: “A evidência na intervenção clínica”, com apresentação da Comunicação Oral intitulada “As Intervenções de Enfermagem que Possibilitam o Autocuidado da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio”.

Anexo 2. Certificado de participação como formando no 1º Webinar do Projeto InfFUCI | CIDNUR “A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem”.

Anexo 3. Certificado de participação como formando no Webinar "Implicações da intervenção de enfermagem à pessoa e família em contexto de doença aguda e crônica".

Anexo 4. Declaração de participação no curso ATCN.

ÍNDICE DE FIGURAS

Diagrama 1. Estrutura do cuidar de Swanson na procura do bem-estar da pessoa/família.	25
Diagrama 2. Possibilitar o exercício do autocuidado da pessoa com EAM	30

INTRODUÇÃO

Este documento foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do Curso de Mestrado de Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, facultado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Teve como finalidade descrever e analisar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências realizado ao longo dos três semestres letivos.

Neste relatório, a pessoa em situação crítica/família e ou o cuidador tornam-se o sujeito central deste percurso.

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” (D. R., 2011, Pág. 8656).

Dada a diversidade de processos médicos e ou cirúrgicos complexos que a pessoa/família experienciam, tornam-se o centro dos cuidados especializados, necessitando do apoio de serviços de alta complexidade como os Cuidados Intensivos e Serviços de Urgência, de forma a prevenir eventos negativos e a manter suporte e recuperar as funções vitais e sistémicas, evitando o agravamento e a falência multiorgânica (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento nº 429/2018, 2018).

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica (PSC) são definidos como os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista que implicam a observação e procura constante, de forma sistémica e sistematizada de dados, com a finalidade de conhecer a sua situação real, prever e detetar antecipadamente complicações e empreender uma intervenção com qualidade, em tempo útil e adequada (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19363).

Estes são conceitos que nortearam a atuação nos diferentes contextos de estágio e permitiram o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências comuns, das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica e das competências de Mestre em Enfermagem.

Atendendo às competências desenvolvidas para possibilitar o exercício do autocuidado na pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio, refletiram-se em intervenções de enfermagem, centradas em metas realistas, porque a doença coronária conduz a comorbilidades que se traduzem por incapacidades/dificuldades físicas, cansaço fácil, dor e depressão o que se repercute na qualidade de vida e bem-estar da pessoa/família (Simões, 2020).

O autocuidado é definido como sendo a capacidade desenvolvida pela pessoa/família, na promoção e manutenção da saúde bem como na prevenção ou recuperação de doenças e deficiências com o apoio ou não, de um profissional de saúde (WHO, 2019).

Neste sentido, a pessoa/família pode ter dificuldades em lidar com o autocuidado devido à forma como experiencia a transição saúde-doença/situacional, processo de envelhecimento relacionado com as habilidades que possui ou o seu défice e do impacto que o processo da doença tem na sua qualidade de vida. O impacto será tanto maior, quanto maior for a intromissão da doença na pessoa/família (Cavanagh, 1993).

O interesse nesta temática, advém do facto de considerar que o enfermeiro especialista tem um papel primordial com influência no impacto no autocuidado, aumentando o potencial de recuperação e bem-estar da pessoa/família em situação crítica.

Neste âmbito, a enfermagem foca-se, com mais insistência, na estabilização hemodinâmica da pessoa em situação crítica por existir um maior risco de vida. No entanto, foi essencial desenvolver uma visão mais abrangente de modo a incluir a família, que se encontra em sofrimento, necessitando também ela de cuidados especializados de enfermagem. Por conseguinte, é indispensável o exercício de uma enfermagem avançada que oriente o plano de intervenções através do recurso à evidência científica mais recente e referenciais teóricos que sustentem o raciocínio clínico, prática clínica reflexiva, de modo a ir ao encontro das necessidades da pessoa/família (Paiva & Silva, 2007).

Apesar da temática do projeto cujo o tema “Possibilitar o exercício de autocuidado na pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio, as Intervenções especializadas de enfermagem” e, tendo em conta a minha experiência profissional em contexto de

cuidados intensivos, considero que possibilitar o exercício de autocuidado, na pessoa em situação crítica, requer intervenções com habilidades e conhecimentos especializados, pelo que me leva a querer desenvolver esta temática.

É importante ressaltar que durante este percurso, utilizei como referencial teórico a teoria do autocuidado de Dorothea Orem e a teoria do cuidar de Kristen Swanson.

No processo de aquisição de competências como enfermeiro especialista, recorri ao modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem e desenvolvido por Benner em 2001, num continuum de desenvolvimento de conhecimentos, desde o nível de proficiente, ao nível mais competente de perito. Terei ainda por base, as competências definidas pelo Decreto-Lei n.º 74/2006, que regulamenta as competências definidas para o 2º ciclo de formação, as competências definidas pelo plano de estudos do Curso de MEMCPSC pela ESEL e as competências comuns e específicas da enfermagem médico-cirúrgica, PSC reguladas pelo Regulamento n.º 140/2019, e pelo Regulamento n.º 429/2018, respetivamente.

Neste percurso defini como objetivos gerais:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem, na prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica, no contexto de UCI e SU.
- Desenvolver competências que possibilitem o exercício do autocuidado à pessoa/família em situação crítica com EAM no contexto de UCI e SU.

Como objetivos específicos:

- Realizar uma apreciação dos contextos;
- Descrever as atividades desenvolvidas nos campos de estágio, com especial ênfase na atividade de intervenção major;
- Refletir sobre o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e competências de mestre em enfermagem;
- Dar resposta à avaliação da unidade curricular estágio com relatório.

Em relação à conceção deste trabalho, utilizei como base metodológica a metodologia de projeto, uma vez que se centra num problema real identificado, no contexto e na realização de intervenções/estratégias com vista à sua resolução. É uma

metodologia que promove a prática fundamentada e baseada na evidência, pela pesquisa, análise e resolução de problemas reais (Ruivo et al., 2010).

Para a realização deste relatório, recorri à pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e livros de modo a justificar os conceitos e temáticas abordadas, aprofundamento da temática do projeto com apresentação de uma comunicação livre com o tema “As intervenção de enfermagem que possibilitam o autocuidado da pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio no *Webinar* científico de Enfermagem Médico-Cirúrgica “A evidência científica na intervenção clínica” e através de uma postura crítica e reflexiva, da prática clínica exercida, nos campos de estágio.

O relatório encontra-se estruturado em 4 capítulos. No primeiro capítulo, identifiquei os referenciais teóricos que sustentam o pensamento reflexivo e a intervenção de enfermagem ao longo deste percurso. No segundo capítulo, apresento as principais conclusões da Revisão Integrativa da Literatura (RIL) realizada sobre a temática do projeto, articulando os resultados com o presente relatório e objetivos delineados. No terceiro capítulo, apresento e justifico os campos de estágio, seguido da apresentação e justificação do processo de aquisição de competências desenvolvido, através da exploração dos objetivos definidos e das atividades realizadas nos contextos de estágio. O quarto e último capítulo englobei as considerações finais e principais aprendizagens deste percurso.

O presente relatório segue as diretrizes do novo acordo ortográfico e rege-se pelas normas de referência da American Psychological Association (APA, 7.^a ed.).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Segundo a European Society of Cardiology (2019) as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte no nosso país. Por este motivo, devem continuar a ser uma área de intervenção prioritária. Os enfermeiros têm um papel importante de intervenção quando atuam na premissa de tentar que a pessoa controle os fatores de risco e a adesão ao regime terapêutico (European Society of Cardiology [ESC], 2019 & Reveles et al., 2018).

É evidente a relevância do autocuidado para o sucesso do tratamento e do controlo da situação que pode tornar-se crónica. Este remete-nos para a capacidade que o utente/família tem na promoção e manutenção da saúde, prevenção, adoção de estilos de vida saudáveis e adesão às recomendações pelos profissionais de saúde no que diz respeito ao tratamento (WHO, 2019). Assim, seguindo a linha de investigação no autocuidado à pessoa em situação crítica, surge a temática “Possibilitar o exercício do autocuidado na pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Intervenção especializada de enfermagem”.

1.1. Teoria do autocuidado na pessoa em situação crítica

A prática clínica e a tomada de decisão com foco no autocuidado devem ser orientadas por referenciais teóricos de enfermagem, enquanto metodologia. As teorias de Dorothea Orem e Kristen Swanson são essenciais para a orientação das intervenções especializadas de enfermagem que possibilitam o exercício do autocuidado da pessoa com EAM.

Dorothea Orem (1969), refere o autocuidado como uma atividade que a pessoa necessita de aprender, no decorrer de uma transição saúde-doença/situacional, tendo em conta o restabelecimento da qualidade de vida. Defende que o autocuidado resulta das palavras “auto” como sendo a dimensão holística, física e espiritual e “cuidado” como sendo todas as atividades que a pessoa empreende para manter a sua qualidade de vida (Orem, 1993).

Neste sentido e tendo em conta as necessidades desenvolvidas, o autocuidado deve ser um processo ativo pela avaliação constante das competências e das necessidades que a pessoa sente. Apesar do enorme impacto que o EAM exerce na capacidade do autocuidado, a idade, estado geral de saúde e a dificuldade na aprendizagem são, a título de exemplo, fatores colaterais que influenciam o autocuidado. Assim sendo, o autocuidado é um componente essencial de gestão diária, estabilização, monitorização e gestão de sintomas (Dickson et al., 2016).

Na procura de cuidados de excelência no desempenho profissional, apoiei o utente/família a alcançar o seu maior potencial de saúde e a prevenir complicações para a saúde, otimizar a sensação de bem-estar e desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Neste âmbito, a educação em saúde assume extrema importância para o utente/família em situação crítica. Esta, deve ser portadora de conhecimentos, motivação e competências para procurar, entender e aplicar os conhecimentos em saúde e para tomar decisões ajustadas.

Apesar do baixo grau de literacia em saúde da população, as intervenções de enfermagem são essenciais para obter ganhos em saúde através da implementação de um ensino estruturado, centrado na pessoa, direcionado para as necessidades e com metas realistas (Reveles et al., 2018). Isso só é possível porque a maioria dos utentes têm potencial para o autocuidado e para o conhecimento (Orem, 1991).

Nas situações onde se verifica que as necessidades de autocuidado ultrapassam a capacidade de autocuidado, como no caso de situações críticas, as pessoas sofrem desvios de saúde abruptos e carecem de cuidados (Orem, 1991). Quando isso acontece, a motivação para a manutenção do autocuidado é essencial para adquirir e desenvolver habilidades.

Contudo, segundo a visão de Swanson (1991), só é possível motivar para o exercício do autocuidado se a minha intervenção promover o bem-estar e qualidade de vida, acreditar num relacionamento educativo dirigido ao utente/família, com os quais, creio ter um compromisso e uma responsabilidade pessoal, baseada em requisitos como

“conhecimento”, “estar com”, “fazer por”, “manter as crenças” e “possibilitar” o exercício de autocuidado como demonstro no *diagrama 1*.

Diagrama 1. Estrutura do cuidar de Swanson na procura do bem-estar da pessoa/família.



Fonte: Adaptado de Swanson (1993)

A teoria do cuidar de Swanson pressupõe que as intervenções de enfermagem sejam o foco do cuidar, no sentido de promover o bem-estar da pessoa/família. Utiliza a disciplina, evidência científica, conhecimento alienado pela prática de enfermagem e os valores culturais como fundamento da sua teoria. Entende que a pessoa seja um ser em constante evolução, único, com emoções, comportamentos e pensamentos próprios. É dotada de autorreflexão e com desejo da relação com o outro. Em relação ao conceito de saúde, Swanson (1993), considera que ter saúde e sensação de bem-estar faz parte de uma experiência subjetiva, cheia de significado e com capacidade de se expressar com liberdade a todos os níveis. Em relação ao conceito de ambiente, a autora insere-o principalmente num nível situacional. Refere-se ao contexto que pode influenciar ou ser influenciado pela pessoa com vários domínios de influência (Swanson, 1993; Peterson & Bredow, 2009).

Swanson (1993), considera que, para que o enfermeiro especialista possa possibilitar o exercício de autocuidado, tem que alicerçar o cuidado de enfermagem na crença da pessoa e nas suas capacidades. Assenta num processo relacional com o outro, nutrido de afeto que torna possível o desenvolvimento do enfermeiro especialista e da pessoa, por quem se sente responsabilidade e se está pessoalmente envolvido.

A teoria do cuidar de Swanson aplicada à pessoa em situação crítica, em contexto hospitalar e/ou no planeamento de alta, tem um impacto positivo com melhoria das perturbações emocionais, redução da ocorrência de sintomas e diminuição dos fatores negativos que condicionam o autocuidado.

Neste sentido, cuidar significa “conhecer”, ou seja, centrar a atenção na pessoa/família, perceber a consciência da sua realidade, mas evitar estereótipos e ideias pré-concebidas. “Estar com” a pessoa/família, deve ser mais do que a presença física. Deve haver uma disponibilidade genuína, escuta e partilha emocional, conseguindo-se desta forma, levá-los a perceber que a sua experiência tem significado e importância para o enfermeiro especialista. Este, com as suas intervenções “mantem as crenças” aumentando a capacidade de autoconhecimento, esperança e otimismo realista à medida que a pessoa/família assimilam o processo médico/cirúrgico que vivenciam. No entanto, “fazer para” representa a atitude pró-ativa quando responde às necessidades da pessoa/família. Consegue, deste modo, apresentar competência na prática de enfermagem e demonstrar respeito pela sua dignidade. O “possibilitar/capacitar” é relacionado com a educação em saúde através de esclarecimentos ou ensinamentos, pela orientação nas suas reflexões ou através da validação das suas escolhas (Swanson, 1999).

Neste âmbito, o enfermeiro especialista na relação de cuidados consegue apoiar emocionalmente a pessoa/família transformando a vivência da sensação do sofrimento em sensação de bem-estar. Sentem-se assim, compreendidos, informados e melhor preparados para as dificuldades e momentos de elevada emocionalidade.

Estas teorias foram referenciais teóricos que permitiram orientar a prática clínica de um modo sensível e eficaz durante os contextos de estágio.

Para atingir esse compromisso, a minha ação permitiu otimizar planos de cuidados especializados com o objetivo de satisfazer e promover as necessidades de autocuidado.

Estes planos de intervenção foram, por conseguinte, concebidos com “respostas estruturadas, educativas e orientadas, para a necessidade de cuidados especializados de enfermagem (Diário da República [D.R.], 2018).

1.2. Modelo de Dreyfus associado à enfermagem

O conhecimento do enfermeiro perito pode ser desenvolvido para alargar o campo de intervenção de modo a atingir cuidados de excelência. A teoria oferece o que pode ser formalizado e explicado. Por outro lado, a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que aquelas que se podem apreender teoricamente. No entanto, a teoria guia o enfermeiro e permite-lhe colocar as questões certas. Com isto, é correto dizer que “a assunção importante do modelo de Dreyfus, a experiência e o domínio transforma a competência de enfermeiro perito” (Benner, 2001, p. 43-63).

Com este modelo, a “análise das decisões pode descrever níveis avançados de atuações clínicas evidenciados na realidade” (Benner, 2001, p. 43-63). Neste processo, é importante orientar e estruturar o percurso de desenvolvimento e aquisição de competências, em teorias, para possibilitar a concretização dos objetivos delineados. É ainda de referir que implica um continuum de aprendizagem onde a capacidade de intuição reflete investimento por parte do Enfermeiro Especialista e Mestre de Enfermagem PSC. Benner & Tanner (1987, p. 23), referem que esta intuição pode ser entendida como uma compreensão para além do racional que permite distinguir o julgamento crítico de uma situação, das decisões realizadas por um profissional menos experiente. Este processo, de desenvolvimento de competências, compreende a progressão por cinco níveis de desenvolvimento de competências que vão desde o iniciado a perito. Têm conhecimentos e aprendizagens específicas para cada nível de competência. A progressão entre cada nível acontece dependendo de características como a confiança que o profissional demonstra; como conceptualiza a situação vivenciada; e de acordo com o seu envolvimento nas situações vivenciadas (Benner, 2001). Neste sentido, e embora o modelo de aquisição de competências seja progressivo não é necessariamente linear. Pode passar por “planaltos”, retrocessos, estagnação, bem como saltos entre níveis.

Não obstante, o Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008, p. 3842) que concretiza o processo de Bolonha, refere que o profissional de enfermagem, para obter o grau de mestre, deve ter “competências que lhe permita uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”.

Em suma, o modelo de Dreyfus, associado à enfermagem, pressupõe que ao longo do exercício profissional, o enfermeiro passe por diversos níveis de desenvolvimento de competências. Nesse percurso, aprende a dominar e a dar resposta às situações vivenciadas, adquirindo experiência. Este processo conduz à aquisição e/ou desenvolvimento de competências que, por sua vez, melhora a qualidade dos cuidados de enfermagem.

2. POSSIBILITAR O EXERCÍCIO DE AUTOCUIDADO À PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Para contextualizar e compreender melhor a problemática de possibilitar o autocuidado à pessoa com EAM através de intervenções especializadas de enfermagem e tendo em conta o Decreto-lei n.º 107/2008 (2008, p. 3842), o mestre em enfermagem deve ter conhecimentos e capacidades que “permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”. Neste sentido, pretendi desenvolver a RIL com o objetivo geral de analisar as evidências científicas sobre o modo como as intervenções de enfermagem possibilitam o autocuidado na pessoa com EAM.

A pessoa com EAM vive um processo de transição saúde-doença abrupto com impacto significativo no seu exercício de autocuidado. Os cuidados de enfermagem têm, no imediato e ao longo de todo o processo de doença, como intencionalidade potenciar a capacidade de autocuidado. A informação clara e oportuna associada às atividades de educação para a saúde são fundamentais para possibilitar o autocuidado e potenciar o bem-estar e qualidade de vida. Simultaneamente contribuem para uma menor recorrência aos serviços de urgência, com ganhos diretos e indiretos nos custos de saúde a nível familiar e global.

Neste âmbito, para atingir o objetivo, formulei como questão de investigação “*De que modo as intervenções de enfermagem possibilitam o autocuidado na pessoa com EAM?*”, segundo a mnemónica PICO (População, Intervenções, Contexto, Outcomes).

Considerando a temática, realizei uma RIL, tendo por suporte um protocolo de pesquisa (Apêndice 1). A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL e literatura cinzenta, tendo-se obtido uma amostra de 120 artigos, aos quais se adicionaram mais 3 resultantes de pesquisas adicionais. Destes 123 artigos, e após análise do título, resumo e do conteúdo, selecionei um total de 8 artigos para serem analisados e servirem de fundamento à aquisição de conhecimento e desenvolvimento deste relatório.

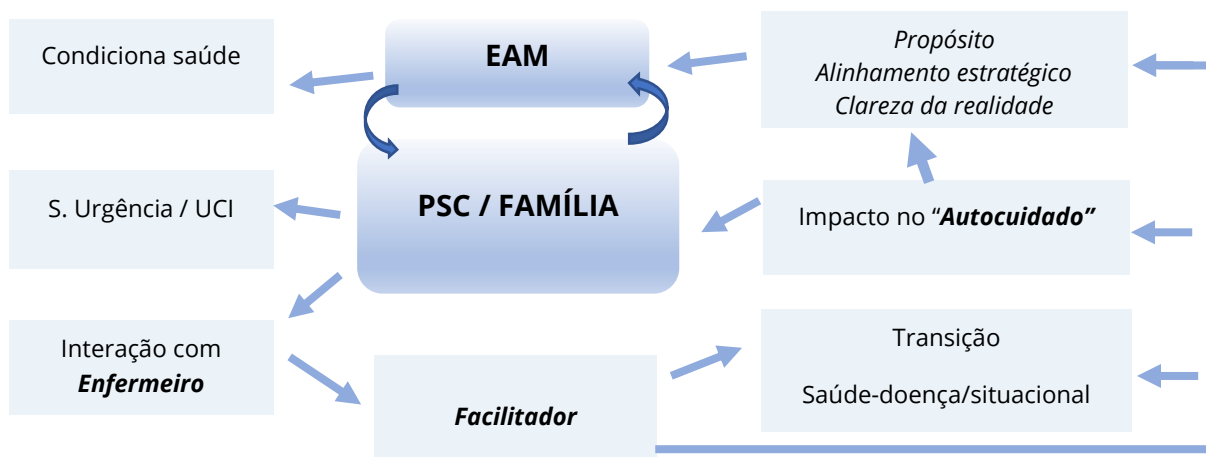
Os resultados obtidos referem que a confiança no autocuidado reflete a autoeficácia e é essencial no desenvolvimento das competências necessárias para um autocuidado adequado (Dickson et al., 2016). Através da análise dos artigos selecionados, encontrei uma certa similaridade em relação às intervenções de enfermagem que possibilitam o autocuidado da pessoa com EAM.

A conceção de programas educacionais dirigidos à pessoa com EAM têm efeitos positivos na gestão de sintomas, capacidade da adesão à terapêutica e adoção de estilos de vida mais saudáveis. Contudo, quando é incluído o cuidador, é aumentada a eficácia do programa educacional (Koh et al., 2015). Estes programas foram avaliados através da aplicação de questionários em 37% dos estudos envolvidos na RIL para adotar estratégias ou resolver problemas.

Os grupos de intervenção apresentam uma maior eficácia para o autocuidado, sempre que as pessoas se faziam acompanhar por suporte tecnológico com aplicativos interativos facultados para serem usados no domicílio.

Verifico que a prática baseada na evidência é essencial mas também deve ser coadjuvada pela experiência profissional, pelos valores da pessoa e recursos disponíveis, de modo a garantir a melhor tomada de decisão (Polit & Beck, 2011). Considero imperativo avaliar as necessidades da pessoa e os recursos disponíveis na comunidade para delinear as intervenções de enfermagem e encontrar a melhor forma de possibilitar o seu autocuidado. No *diagrama 2*, procedo ao mapeamento de conceitos para melhor compreensão da temática deste relatório.

Diagrama 2. Possibilitar o exercício do autocuidado da pessoa com EAM



As intervenções de enfermagem só conseguem ser eficazes se forem ao encontro de um propósito claro e em congruência com a realidade. Para isso ser possível foi imprescindível encontrar estratégias, adotar uma comunicação adequada na relação terapêutica com a pessoa/família, para possibilitar a autonomia, e a tomada de decisão de modo a atingir o bem-estar da pessoa com EAM.

O enfermeiro tem a responsabilidade de organizar e estruturar a informação, a educação e de capacitar-se para atuar com competência científica, ética e humanística para possibilitar o exercício do autocuidado. Deve exercer com uma prática profissional, competente, responsável e potenciar a capacidade de decisão e autocontrole (Valdez, 2021).

Por conseguinte, presume-se que as intervenções de enfermagem, cumprem o propósito de aumentar a literacia sobre a temática estudada, facilitar estratégias para o autocontrole, avaliação dos conhecimentos adquiridos e melhor qualidade de vida.

As estratégias utilizadas devem acima de tudo, ser sustentáveis, oferecerem qualidade e segurança, terem uma alta performance e excelência assistencial.

Em resumo, foi essencial avaliar as necessidades e os recursos disponíveis na comunidade para delinear estratégias de intervenção em enfermagem. A elaboração de programas de autocuidado devem ser de preferência individualizados, com metas realistas que atendam às necessidades da pessoa e em comum acordo para a sua efetiva realização.

3. CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Os contextos em que realizei estágio foram uma Unidade de Cuidados Intensivos com frequência de 212,5 horas e um Serviço de Urgência com frequência de 280,5 horas.

Os locais de estágio adequaram-se em relação aos objetivos traçados e permitiram o percurso de desenvolvimento e aquisição de competências.

Com essa finalidade, em cada um dos campos de estágio e com a colaboração das orientadoras clínicas, enfermeiros gestores e docente orientadora, foi apresentado o projeto de estágio e identificadas as áreas de intervenção, no cuidado à PSC nomeadamente, no possibilitar o autocuidado, de acordo com os objetivos definidos.

3.1. Apreciação do contexto de estágio Unidade de Cuidados Intensivo

O estágio em Cuidados Intensivos decorreu entre 4 de outubro a 25 de novembro de 2022.

A instituição hospitalar onde realizei o estágio tem como missão a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos dentro das capacidades das suas unidades hospitalares, em conformidade com as políticas de saúde emanadas, e o desenvolvimento de atividades direcionadas para a formação e investigação no domínio da saúde.

A Unidade de Cuidados Intensivos tem capacidade para internar nove pessoas em estado crítico do foro médico ou cirúrgico, distribuídas por dois espaços físicos. O espaço mais amplo permite o internamento de 7 pessoas em situação crítica e o segundo espaço é reservado ao internamento de uma pessoa por dois quartos de isolamento quando tal seja necessário. É uma unidade de tipologia aberta, em que todas as unidades dos utentes permitem a vigilância direta pelos profissionais de saúde através da bancada de monitorização (HESE, 2020).

É uma unidade de nível III, com quadros próprios e com uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, com uma formação aprofundada no campo dos cuidados críticos (Urden, et al., 2008), em presença física nas 24 horas, pressupondo

a possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, assim como dispõe de medidas de controlo da qualidade e programas de ensino em cuidados intensivos (Direção Geral da Saúde [DGS], 2003).

3.2. Apreciação do contexto de estágio Serviço de Urgência

O Despacho n.º 10319/2014, apresenta três níveis de resposta dos SU (Serviço de Urgência Básica - SUB; Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico - SUMC; Serviço de Urgência Polivalente - SUP), dependendo dos recursos e capacidade de resposta (Diário da República [DR], 2014).

O SU onde realizei o estágio, pertence ao nível de SUMC, que, segundo a definição, representa o 2º nível de resposta às situações de urgência e segundo o mesmo despacho, serve de “apoio diferenciado à rede de SUB, e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência” (Despacho n.º 10319/2014, pág.20763).

Este serviço divide-se em Urgência Geral, Urgência Pediátrica e a Urgência Ginecológica e Obstétrica. A Urgência Geral ramifica-se em Triage, Sala de pequena cirurgia, Urgência Ambulatória, Balcão de Medicina e Serviço de Observação. Por sua vez, é constituído por uma equipa de especialistas em Medicina Interna, Pediatria, Medicina Geral e Familiar e em Enfermagem, que seguem as melhores práticas internacionais classificando os atendimentos de acordo com a Triage de Manchester.

No seu conjunto, asseguram a prestação de cuidados de acordo com a faixa etária e respetivas necessidades, prestando atendimento em situações agudas, graves, urgentes e emergentes durante 24 horas por dia. Por outro lado, o Serviço de Urgência, assegura as necessidades de encaminhamento e assistência especializada intra-hospitalar e inter-hospitalar.

Tem as seguintes áreas de intervenção:

- Atendimento permanente 24 horas por dia, recorrendo a espaços físicos para triagem, urgência ambulatória, balcão de avaliação de pessoas do foro da medicina, ortopedia e cirurgia.

- Sala de reanimação cardiorrespiratória com capacidade para suporte avançado de vida.
- Capacidade de internamento em salas de observação de pessoas em situação aguda (SO).
- Salas de tratamento, Gesso e Pequena Cirurgia.
- Meios complementares de diagnóstico.
- Transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar.

O SU assume também a responsabilidade pelos cuidados de emergência pré-hospitalar contando com uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Instituto Nacional de Emergência Médica servindo a população da sua área geográfica de intervenção.

O objetivo principal do Serviço de Urgência é garantir o acesso aos cuidados de saúde que sejam necessários para o tratamento eficiente da pessoa que deles necessita.

Tem como principal função conceber relações próximas e de confiança com as pessoa/família, respeitando a dignidade, a humanidade e singularidade da população em situações de fragilidade ou até mesmo a insegurança que a doença potencia. Tem também como foco, compreender a pessoa, o seu projeto de saúde individual, os recursos que dispõe, o que permite avaliar e adequar os cuidados de saúde às diferentes necessidades.

Importa salientar que apresentam práticas que contribuem para a eficiência, nomeadamente a farmácia e armazém centrais do Hospital com metodologias modernas de gestão (ex.: sistema dispensador automático de medicação, sistema Kanban para reposição diária de stocks de recursos materiais) e informatização da maior parte dos registos clínicos.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo, analiso de forma reflexiva, a experiência vivida no campo de estágio na UCI e no SU, explanando as competências desenvolvidas sem, no entanto, esquecer a experiência anterior como enfermeiro.

Utilizei para o meu percurso de estágio a metodologia de projeto. Esta metodologia em questão constituiu uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática constituindo-se um processo dinâmico que se pôde adaptar ao longo da intervenção (Ruivo et al., 2010)

Este estágio foi importante para permitir o autodesenvolvimento com experiências significativas e exemplificativas da realidade, com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências especializadas e necessárias ao trabalho autónomo e eficaz (Alarcão & Tavares, 2003). Por outro lado, no decorrer do desenvolvimento de competências, a experiência não se baseou apenas ao tempo de estágio, mas também à vivência e reflexão crítica sobre as situações reais (Dias, 2004).

Com efeito, os cuidados especializados de enfermagem prestados à pessoa/família em fase crítica, requerem conhecimentos profundos, aptidão para a observação, capacidade de gerir prioridades e tomar decisões com celeridade, bem como habilidades de manuseamento dos diversos equipamentos (Monahan et al., 2010)

O enfermeiro “perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54). Com este nível de competência, aprendi a antecipar quais os acontecimentos que podem vir a suceder por agravamento da situação clínica da pessoa ou atuando rápido e eficazmente, com mobilização de conhecimentos resultantes da melhor evidência científica e habilidade na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção.

Tive necessidade de atualizar, aprofundar e obter novos conhecimentos, de modo a tomar decisões fundamentadas atendendo à evidência científica e à responsabilidade ética e social que se impôs (Madureira et al., 2016).

No que concerne ao cuidado da pessoa, embora tenha tido a preocupação de adaptar as práticas clínicas à sua singularidade (Monahan et al., 2010), a própria natureza crítica do cuidado, determinou que alguns dos procedimentos fossem padronizados, de modo a assegurar a sua vigilância clínica constante, tal como a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a título de exemplo.

Assim, houve um contínuo sustentar de um processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e do aprofundamento de conhecimentos na área de especialização (Madureira et al., 2016). Pois, o autoconhecimento e a prática clínica especializada assentam em diversos e sólidos saberes que são competências do domínio das aprendizagens, subjacentes à prestação de cuidados de enfermagem (REPE, 1996).

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica requer o desenvolvimento de competências específicas, alicerçadas numa consistente e estruturada formação, com o intuito de maximizar a eficiência e eficácia no âmbito do cuidar (Silva & Lage, 2010). Foi em conformidade com esta premissa que estabeleci como objetivo geral para os campos de estágio, desenvolver competências de Mestre e de EEMCPSC.

Para o alcançar determinei como objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica dos Serviços, vertentes estruturais, funcionais e organizacionais;
- Desenvolver competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.
- Desenvolver competências no domínio da melhoria da qualidade.
- Desenvolver competências do domínio da gestão dos cuidados.
- Desenvolver competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.
- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

- Dinamizar a resposta em situações de emergência.
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica.

Como resposta aos objetivos são apresentadas a seguir, as atividades realizadas paralelamente às competências de Mestre, comuns e específicas do EEMCPSC.

4.1. Conhecer a dinâmica dos Serviços, vertentes estruturais, funcionais e organizacionais

A finalidade de conhecer a administração e organização dos cuidados de saúde, nos contextos de estágio, passa por conseguir coordenar as atividades que garantam o suprimento das necessidades da pessoa em situação crítica com qualidade, no tempo correto e ao menor custo provável para a instituição. Neste sentido, considere necessário realizar atividades que me permitissem atingir esse objetivo.

Reuni-me formalmente com os enfermeiros gestores da UCI e do SU, com finalidade de compreender a organização e gestão dos recursos humanos e materiais, projetos e normas instituídas e apresentar o meu projeto de estágio. Efetuei uma visita guiada com os orientadores clínicos aos serviços com a finalidade de conhecer a estrutura física, equipamento e materiais disponíveis. Esta atividade reveste-se de grande importância pois o conhecimento da planta dos serviços e dos métodos de gestão de recursos materiais deve garantir que os materiais necessários estejam disponíveis na quantidade certa, no local certo e no tempo certo para que os profissionais possam ter em vista a qualidade dos cuidados.

Neste sentido e no que concerne à organização quer da UCI quer do SU, foi necessário que o resultado final do processo de prestação de serviços, não se traduzisse num produto mas sim num serviço, ou seja, para a assistência à saúde de pessoas, foi importante que tivesse os recursos materiais e humanos para uma assistência com qualidade (Castilho & Leite, 1991).

Na área de saúde, os avanços tecnológicos têm significado um aumento na complexidade de recurso materiais que vem impondo o aperfeiçoamento dos sistemas de gestão. Nesse sentido, no contexto de UCI desenvolvi e adquiri competência e

responsabilidade pela administração de materiais através da determinação do material necessário para a realização da assistência seja no aspeto quantitativo como no qualitativo e na definição das especificações técnicas para integra-los nos respetivos procedimentos. No contexto de SU, a gestão e administração de recursos materiais foi uma atividade exigente devido ao grande fluxo de materiais gastos para a prestação de cuidados, pelo que prestei especial atenção na programação e antecipação de potenciais necessidades, controlo na receção, distribuição e seu armazenamento.

Por forma a dar resposta à necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico ou de continuidade de cuidados adequados à exigência e especificidade de cada caso clínico, preocupei-me em identificar os circuitos da PSC dentro das instituições hospitalares.

Consultei protocolos, normas, manuais e programas informáticos de registo existentes na UCI e SU. Foi importante para conhecer quais eram as orientações para o desenvolvimento das atividades de enfermagem como enfermeiro especialista, uma vez que, participar em todas as fases do planeamento, organização, controlo, registo e avaliação é indispensável para o desenvolvimento das funções de gestão dos cuidados de saúde.

4.2. Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio, a aquisição de competências exigiu que tivesse presente uma prática profissional, ética e legal, atuando regido por normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, com respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019). Por outro lado, exigiu também a **“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”** (DR, 2018, p.4746).

A responsabilidade profissional foi uma constante nos contextos de estágio, uma prática diária, particularmente na pontualidade, assiduidade, discussão e partilha de conhecimentos para tomada de decisão de modo a garantir qualidade de cuidados e

segurança à pessoa/família. Por outro lado, colocou-se-me como desafio, desenvolver competências para conhecer a pessoa/família, procurar cuidadosamente sinais que identifiquem emoções, sentimentos (sofrimento experienciado pelas transições) e evitar ideias ou juízos de valor pré-concebidos numa relação verdadeira e próxima, centrada nas pessoas alvo para possibilitar o autocuidado.

No decorrer dos estágios da UCI e SU, senti a necessidade de recorrer ao pensamento reflexivo, consulta do REPE legislado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, como forma orientadora à minha intervenção e o código deontológico dos enfermeiros legislado pela Lei n.º 156/2015.

De acordo com os princípios gerais das intervenções de enfermagem relacionados com a deontologia profissional, procurei otimizar os cuidados prestados com a preocupação de defender a liberdade de escolha, preservar a dignidade da pessoa humana, respeitando a sua vontade, evitando ideias pré-concebidas, os seus direitos e interesses e incluindo-o nos cuidados e no processo de decisão como, por exemplo, decidir quais as melhores estratégias para possibilitar o exercício do autocuidado. Estes cuidados refletiram-se na pessoa em situação crítica bem como na família/cuidador que foram intervenientes ativos no processo de cuidar (Swanson, 1993).

A prática de cuidados nos dois contextos de estágio foi pautada sempre pelo respeito pelos valores humanos e segundo o artigo nº 102º (Lei nº 156/2015), cuidei de pessoas de diferentes idades, condições económicas, situações profissionais, crenças religiosas segundo princípio da equidade e tendo sensibilidade para lidar com as diferenças. Contudo, é de ressaltar que em contexto do SU como não há limites de admissão de pessoas que procuram cuidados de saúde, tive a necessidade de reorganizar recursos humanos para que a minha intervenção, como enfermeiro especialista, pudesse ser equitativa e ter impacto positivo no estabelecimento de uma relação terapêutica. Neste sentido, a minha intervenção permitiu promover o empoderamento da pessoa/família para compreender e gerir a sua saúde e doença (The Lancet, 2020).

Segundo o artigo n.º 105º (Lei nº 156/2015), no dever da informação, tive uma preocupação constante durante os contextos da UCI e SU de transmitir informações claras e precisas. Nestes contextos, a pessoa e a família em situação crítica vivenciam momentos abruptos de transição saúde-doença-situacional pelo que a comunicação foi

sempre ajustada ao nível de compreensão e foi importante para o estabelecimento de uma relação terapêutica. No contexto da UCI procurei que a família estivesse presente e participasse, no processo de tomada de decisão, adequar estratégias que promovessem o autocuidado no domicílio como, por exemplo, adequar recursos para continuidade de cuidados devido às comorbilidades resultantes de AVC hemorrágico. No SU a presença de familiares na área de balcões era restrita porque condicionava a gestão de cuidados de enfermagem. Contudo, mostrei iniciativa em incluí-la para a tomada de decisão sempre que a pessoa, alvo de cuidados, tinha dificuldades em comunicar ou que a ausência dela punha em causa o seu direito à autodeterminação.

Neste sentido, participei na transmissão de informação procurando ser eficaz em transmiti-la de forma correta e perceptível para o utente/família, com o objetivo de salvaguardar o princípio da autonomia e o consentimento informado e procedi a registos com linguagem técnica e científica para dar continuidade aos cuidados prestados (lei nº156/2015).

Os eventos críticos exigiram da minha parte, maior atenção, procura de maior conhecimento e experiência e sentir que a inclusão da pessoa/família faz sentido para a tomada de decisão apesar de corresponder a um período de maior vulnerabilidade para quem vivencia o processo de transição. Na realidade, sem a intervenção conjunta diminui consideravelmente a possibilidade de desenvolvimento de capacidades para o autocuidado e a pessoa encontra dificuldades para prever que necessidades de cuidado vai enfrentar (Meleis, 2000).

No contexto de UCI e com a finalidade de proporcionar um processo de transição saudável, optei por uma perspetiva de exercício de enfermagem mais humanizado, científico, partilhado, holístico e centrado na pessoa/família. Porém em contexto de SU devido à imprevisibilidade na admissão da pessoa em situação crítica e do limite de admissão, o planeamento e acolhimento aos familiares é dificultado. Neste sentido e indiferente ao contexto selecionado, a minha intervenção teve que ser contínua no decorrer do processo de transição, tentando proporcionar conhecimento e capacidades ao utente/família a vivenciar processos médicos ou cirúrgicos complexos durante a sua recuperação. Procurei intervir para desencadear respostas positivas às transições

capazes de restabelecer a sensação de bem-estar como por exemplo, satisfazer a necessidade de conhecimentos, acolhimento da pessoa e da família.

Foi importante manter a crença sobre a capacidade da pessoa para desenvolver capacidades para o exercício de autocuidado como, por exemplo, em situações de recuperação após situação de politraumatismo ou neurocrítica. Devo ainda acrescentar que foi necessário estar presente emocionalmente porque a experiência que a pessoa/família vivencia, tem importância e é necessário que seja uma sensação sentida, real e credível, com dedicação à pessoa/família. Participei em reuniões formais para avaliar o impacto da transição vivenciada no seio familiar e averiguar quais as reais necessidades para que o exercício de autocuidado fosse possível. Neste âmbito, quer na UCI quer no SU e na intenção de “possibilitar”, referenciei famílias para a Assistência Social por necessidade de recursos que esta não tinha capacidade de providenciar. Por outro lado, a minha intervenção teve como finalidade, junto da pessoa/família, promover o autocuidado sempre que a situação clínica o permitia ou quando adquiria capacidades que o permitissem.

Em relação à privacidade do utente, que consta no artigo 107º (lei nº156/2015), nem sempre foi fácil de ser respeitada e salvaguardada uma vez que as pessoas internadas, principalmente no contexto de SU, a exposição corporal e a lotação dos espaços poderia facilmente ser comprometida por diferentes razões. Tive sempre a preocupação de garantir que a pessoa tivesse direito à sua privacidade, antecipando constrangimentos pela falta da mesma. No contexto da UCI, o espaço estrutural da unidade permitia, mais facilmente, respeitar esse sempre que a situação o exigia.

Perante a pessoa em situação crítica adotei intervenções ajustadas às necessidades e a tomada de decisão foi centrada na deontologia profissional e no cumprimento do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

No contexto da UCI, no caso clínico vivenciado sobre choque hipovolémico, foi respeitado o princípio da autonomia, segundo as instruções da sua declaração antecipada de vontade. À luz da sua crença religiosa como testemunha de Jeová, decide não aceitar transfusões sanguíneas, importantes para a recuperação do seu estado de saúde.

Em contexto do SU deparei-me, algumas vezes, com situações clínicas de decisão de não investimento. Estas situações suscitaram a minha reflexão, uma vez que a abordagem da temática do autocuidado, é também associada aos cuidados paliativos, apoiando e “fazendo pelo outro” o que faria por ele próprio de conseguisse para obter bem-estar e conforto. Porém e face à realidade, no contexto do SU, após o falecimento da pessoa em situação crítica em contexto de acidente rodoviário, possibilitei a presença da família para se despedir da sua familiar. A transmissão da má notícia foi uma situação constrangedora e difícil de processar principalmente porque envolve o sofrimento, sempre imprevisível e o processo de luto. Este caso clínico foi alvo de reflexão incluída no jornal de aprendizagem utilizando como metodologia o ciclo reflexivo de Gibbs e, discutido com a docente orientadora e orientadora clínica.

Sob forma de resumo, o cuidado centrado na pessoa e família possibilitou um maior desenvolvimento humano, maior maturidade, crescimento pessoal, equilíbrio e estabilidade profissional. Face ao descrito e tendo em consideração o percurso efetuado, permitindo desenvolvimento pessoal e profissional, considero ter adquirido e desenvolvido competências no domínio ético e legal.

4.3. Competências no domínio da melhoria da qualidade

O Regulamento nº 140/2019 da OE no que diz respeito às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere que a aquisição de competências deste domínio exige que o enfermeiro desempenhe uma intervenção dinamizadora na elaboração e suporte das atividades institucionais na área da governação clínica, da qualidade; adquira capacidade para criar, orientar e cooperar em projetos de melhoria contínua da qualidade.

No decorrer dos estágios, tive como referência os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem, na pessoa/família em situação crítica com identificação, coordenação e segurança dos cuidados, centrada nas necessidades e significados da pessoa/família (Huber, 2014)

Tive como principais alvos, nos dois contextos, melhorar a segurança através de uma comunicação eficaz, saber comunicar as minhas conclusões, **“conhecimentos e**

raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (DR, 2018, p.4162), recorrendo à metodologia ISBAR na transição de cuidados, registos claros e precisos e com terminologia científica.

Neste domínio e nos contextos de estágio, procurei melhorar a qualidade dos cuidados de segurança no manuseamento e administração de terapêutica, prevenção da ocorrência de quedas e de úlceras por pressão, bem como a identificação da pessoa alvo de cuidados (DGS, 2015).

De modo a garantir a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados, procurei estabelecer dotações seguras de recursos humanos e materiais para a mobilização em bloco da pessoa politraumatizada, em contexto da UCI. No caso do SU, foi importante obter uma dotação segura de recursos humanos na sala de reanimação por motivo da instabilidade da pessoa em situação crítica. Dotação necessária para manobras de SAV eficazes ou nas situações clínicas de pessoas a vivenciar processos médicos complexos e com necessidades de cuidados múltiplos e urgentes.

Em relação à comunicação nos diferentes contextos, representou um pilar importante no sentido de promover a qualidade e segurança da pessoa contribuindo para diminuir o erro clínico, através de uma comunicação adequada, científica e eficaz, particularmente durante a transferência de responsabilidade dos cuidados segundo metodologia ISBAR, transmitindo toda a informação relevante de forma oportuna, precisa e perceptível não só oralmente mas também através dos registos informatizados como, por exemplo, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem existente na UCI (DGS, 2017).

Por outro lado, procurei promover a otimização do ambiente, de modo a prevenir incidentes, minimizando o risco e adequa-lo ao bem-estar da pessoa/família (OE, 2019). Neste sentido, no contexto da UCI e do SO do SU foi importante proteger os seus direitos garantindo condições para a prestação de cuidados seguros através da gestão do risco. Promovi a redução do ruído ambiente como, por exemplo, ajustar os alarmes dos monitores quer na UCI quer no SO, em relação padrão normal de sinais vitais da pessoa em situação crítica. No contexto do SU, na área dos balcões, a otimização de um ambiente, com baixo nível de ruído, foi mais difícil de conseguir devido à imprevisibilidade da admissão hospitalar e da sobrelotação das áreas de observação.

Nos diferentes contextos, em relação à prevenção das úlceras por pressão pela aplicação da Escala de Braden, tentei otimizar os posicionamentos com apoio de almofadas e a sua alternância de acordo com as necessidades, bem como a utilização de colchões de pressões alternadas no caso da UCI. Constatei neste contexto de risco uma oportunidade de melhoria da qualidade, relacionada com o alívio de pressão nas zonas de proeminências ósseas. Após pesquisa de artigos em bases de dados científicos relacionados com prevenção de úlceras por pressão na pessoa em situação crítica, fundamentei a minha intervenção na intenção de promover a adoção de comportamentos essenciais para a qualidade dos cuidados.

No contexto do SU, mantive a qualidade dos mesmos cuidados no que concerne à prevenção de úlceras de pressão pela otimização dos posicionamentos em maca, também com apoio de almofadas e vigilância das características dos tecidos como a qualidade de perfusão sanguínea. Devo ainda acrescentar, em relação aos contextos, que apresentei rigor no registo sobre a qualidade de perfusão do tecido epitelial, descrição correta do grau e tipo e evolução cicatricial das úlceras de pressão já identificadas.

No contexto da UCI e do SU, a minha intervenção para prevenir o risco de queda consistiu em avaliar todas as pessoas com a Escala de Queda de Morse e identificar, com pulseira adequada, a pessoa com esse risco para ser alvo de maior vigilância. Promovi e garanti, junto da equipa de saúde, um ambiente seguro como por exemplo manter as grades levantadas das camas ou da macas, no caso do SU. O maior número de intervenções neste âmbito sucedeu por motivo de esquecimento depois de serem realizados meios complementares de diagnóstico. Após a minha intervenção, verifiquei alteração positiva de comportamentos promotores da segurança da pessoa em situação crítica.

Em contexto da UCI e após uma análise cuidada, aferi com a orientadora clínica, uma oportunidade de melhoria da qualidade em relação à promoção de uma prática segura na administração terapêutica fazendo cumprir os passos certos para realizar a sua administração (Pereira, 2023; Ramos, 2019). Adotei uma intervenção ativa e pontual, relembrando a importância da segurança na preparação e administração terapêutica (George, 2015), tendo tido resultado positivo na mudança de comportamentos da equipa de enfermagem.

No mesmo contexto e num momento formal com a enfermeira coordenadora, tentamos otimizar a segurança da pessoa em situação crítica, através do manuseamento e utilização correta do cateter venoso central pelos profissionais de saúde e infeções associadas aos cuidados de saúde. Desempenhei também um papel importante na promoção da segurança da pessoa/família através do controlo e prevenção das infeções nosocomiais através da higienização das mãos, nos momentos certos, através de intervenções pontuais.

Identifiquei e partilhei com a enfermeira/o coordenadora uma oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados em saúde relacionada com a correta triagem dos resíduos hospitalares do grupo I nas unidades das pessoas internadas em contexto da UCI e no SO do SU, procedendo-se ao pedido de compra de recipientes próprios para acondicionamento desses resíduos.

Após a análise reflexiva das atividades desenvolvidas nos dois contextos, considero ter adquirido e desenvolvido competências no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados, procurando otimizar a resposta e articulação da equipa de saúde, adotando uma postura reflexiva sobre a minha prática profissional, recorrendo a metodologias como sejam os debriefings com as orientadoras clínicas (Courtenay et al., 2013).

4.4. Competências no domínio da gestão dos cuidados

Para a aquisição de competências neste domínio foi necessário, nos dois contextos, desenvolver a capacidade de gerir os cuidados de enfermagem, tendo em atenção adaptar a liderança e a gestão dos recursos às necessidades, de acordo com as situações clínicas e o contexto bem como assegurar a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019). Neste sentido, procurei desenvolver competências nos dois contextos, relativas à área da prestação eficaz e gestão eficiente de cuidados diferenciados, na formação profissional contínua da equipa de enfermagem e no desenvolvimento de investigação em enfermagem com o objetivo da qualidade e efetividade dos cuidados prestados.

Neste sentido, tive o cuidado de proporcionar à pessoa/família as oportunidades e o ambiente propício para desenvolverem competências, confiança e conhecimento necessários para evoluir de uma pessoa recetiva de cuidados para uma pessoa ativa no exercício do autocuidado como nos casos das pessoas com EAM durante o contexto do SU.

Durante o estágio e após um pedido formal aos enfermeiros gestor dos campos de estágio, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira coordenadora nas atividades relacionadas com a gestão e tomadas de decisão, gestão dos recursos materiais e humanos e na gestão dos cuidados.

No contexto da UCI, colaborei na gestão de recursos materiais orientando e supervisionando a assistente operacional responsável na verificação e pedidos de material em falta, tendo em conta os níveis de consumo existentes no armazém da Unidade.

Colaborei com a enfermeira gestora e com a enfermeira coordenadora, na gestão dos cuidados de enfermagem, pela procura de uma solução relacionada com a falta de eficácia na identificação e classificação correta de úlceras por pressão. Após analisar o problema propus que a estratégia principal devia ser enquadrada na motivação da equipa através da formação em serviço. Só uma equipa motivada consegue promover a qualidade dos cuidados e ganhos em saúde.

Ainda no contexto da UCI, proporcionei a resolução de problemas de reposição de stock com o serviço de farmácia através de pedidos de terapêutica antecipando a sua falta para ser administrada dentro do horário prescrito e, desta forma, contribuir para a melhoria dos cuidados. Supervisionei a equipa de assistentes operacionais no cuidado à pessoa e na reposição de stock de materiais nas unidades. Procurei garantir que as unidades vagas estivessem otimizadas para a admissão de novos utentes. Esta intervenção permitiu antecipar a necessidade da sua utilização em casos de urgência ou emergência.

A falta de recursos materiais como almofadas, nos contextos, também foi alvo da minha atenção. Procurei, junto da pessoa em situação crítica, maximizar o conforto e

segurança de modo a obter ganhos em saúde pela otimização da gestão da sensação de dor/conforto bem como prevenção de úlceras de pressão.

Ainda em contexto da UCI, colaborei na gestão de cuidados de enfermagem através de comunicação de proposta terapêutica, no âmbito da equipa de enfermagem, discutida em reunião clínica. Esta intervenção permitiu otimizar a gestão do tempo dos cuidados de enfermagem e articula-los com a realização dos meios complementares de diagnóstico.

No contexto do SU, verifiquei que é um serviço que tem características próprias sendo que a imprevisibilidade do número de pessoas admitidas, influenciam a organização do trabalho e a gestão dos cuidados. Na sala de triagem pude classificar a gravidade das situações das pessoas pelo programa de triagem de manchester (DR, 2015; DGS, 2018). Este sistema caracteriza-se por seleccionar as pessoas de acordo com uma prioridade baseada nas queixas ou sintomas apresentados, sem efetuar quaisquer presunções sobre a sua gravidade. A seleção foi realizada pelo preenchimento do fluxograma, de acordo com a recolha e análise da informação dada pela pessoa/família de forma a permitir a determinação da prioridade real conferindo uma cor respetiva: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente). Depois de ter realizado a triagem, a pessoa é encaminhada para uma área relacionada com a sua prioridade e onde irá ser avaliada.

No mesmo contexto, partilhei com o enfermeiro gestor a execução de atividades como, por exemplo, elaborar o horário dos colaboradores ou distribuir, no início do turno, os diferentes elementos pelos locais de trabalho do SU. Assim, geri recursos, coordenei e articulei o trabalho da equipa de enfermagem/saúde, além da gestão do tempo de atendimento da família. Desta forma, tentei maximizar a disponibilidade e qualidade dos recursos materiais, dentro da infraestrutura existente do SU, para permitirem, à equipa de saúde, atuar no atendimento às situações de urgência, avaliar as necessidades do autocuidado da pessoa e conciliar os objetivos organizacionais com a produção de cuidados integrais e de qualidade.

Estas intervenções contribuíram de forma eficaz para a gestão e garantia da qualidade dos cuidados relacionados com a gestão de recursos materiais e humanos. Isto

só é possível se existir uma gestão eficiente, motivação da equipa e incorporação de novos conhecimentos.

Após análise reflexiva das atividades desenvolvidas, considero ter adquirido e desenvolvido competências no domínio da gestão dos cuidados.

4.5. Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Durante o estágio procurei manter uma atualização constante de conhecimentos tendo em conta a melhor evidência científica com recurso a plataformas de bases de dados científicos, mas sem perder a noção da importância da formação nas ciências sociais (Lei nº156/2015).

Procurei transmitir novos conhecimentos à equipa de saúde da UCI e do SU sobre identificação de intervenções de enfermagem que possibilitassem o exercício de autocuidado à pessoa com EAM e a preparação para a alta clínica. No contexto do SU e segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia [SPC] (2017), como existe uma grande probabilidade de diagnósticos de EAM, nas pessoas admitidas, procedi a intervenções formativas oportunas e individuais sobre que intervenções de apoio podemos incrementar à pessoa/família para possibilitar o autocuidado sobre a mesma temática. Este suporte de conhecimentos foi sustentado pela realização da RIL como o tema “As intervenções de enfermagem que possibilitam o autocuidado da pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio”. Desta forma, a otimização do cuidar em contexto real contribui como fator disseminador de conhecimento dentro da equipa de saúde.

No contexto da UCI, existe o risco de Enfarte Agudo do Miocárdio, na pessoa crítica internado na UCI e pode resultar de casos clínicos como choque séptico, choque hipovolémico ou pela própria arteriosclerose. Neste contexto, realizei uma formação em serviço sobre essa temática sustentada pelo desenvolvimento da RIL com a questão de investigação “De que modo as intervenções de enfermagem possibilitam o autocuidado na pessoa/família com EAM?” (que se encontra em fase de submissão para publicação), com a finalidade aprofundar conhecimentos e competências, em relação à pesquisa do conhecimento científico e substanciar a componente teórica da minha intervenção como

enfermeiro especialista (Apêndice 2). Por outro lado, e a pedido da orientadora clínica, incluí no processo formativo a monitorização por eletrocardiograma para que a equipa de enfermagem conseguisse identificar e atuar prontamente quando se verificarem alterações de traçado cardíaco compatível com EAM.

Esta formação teve como finalidade descrever as intervenções de enfermagem que possibilitem o exercício do autocuidado na pessoa com EAM, segundo a melhor evidência científica e servirem de apoio à tomada de decisão da equipa de enfermagem. A formação foi apresentada segundo a visão de Dorothea Orem e Kristen Swanson. Foi importante guiar-me pela teoria do cuidar de Swanson porque é importante conhecer a pessoa/família para conseguir avaliar as suas necessidades de autocuidado, quer durante a fase aguda quer após a alta clínica. Tive de sentir que estava presente, centrado na pessoa e na família. Com esta intervenção, acreditei que era essencial “manter a crença” que a pessoa tem capacidades para desenvolver conhecimentos e habilidades para “possibilitar” o exercício de autocuidado e aumentar a literacia em saúde.

Através da análise dos estudos da RIL, concluí que as novas tecnologias, incorporadas nas intervenções de enfermagem possibilitadoras de autocuidado, vão constituir um ponto de partida para, num futuro próximo, conseguir aumentar a motivação da pessoa/família para o autocuidado e adesão ao tratamento. Neste âmbito, tive a oportunidade de partilhar conhecimentos no 2º Webinar científico “A evidência científica e a intervenção clínica” (Anexo 1), com uma comunicação livre tendo por base a análise dos artigos selecionados na mesma RIL (Apêndice 3).

Para desenvolver mais conhecimentos no domínio das aprendizagens profissionais, realizei o estudo de caso intitulado “Cuidados especializados de enfermagem na pessoa com choque séptico”, contribuindo pela reflexão crítica, à otimização e à conceção de um plano de intervenções para antecipar, prevenir, intervir e avaliar eficazmente o impacto das intervenções que realizei. Procurei, acima de tudo, uma práxis de enfermagem avançada articulando a melhor evidência científica com a preferência da pessoa/família e de acordo com os recursos disponíveis.

No contexto da UCI a realização do Jornal de Aprendizagem sobre o tema da “Relação terapêutica. Pessoa/família em situação crítica” reflete a importância do processo de comunicação com a pessoa/família em situação crítica e a importância do

“fazer pôr”, “estar presente” e “manter as crenças” (Swanson, 1991), para o estabelecimento da relação terapêutica, promotora da qualidade dos cuidados.

No contexto do SU realizei o Jornal de Aprendizagem com o tema “Relação terapêutica com a pessoa/família, alvo de cuidados”. Incluiu uma reflexão sobre a transmissão de más notícias, o processo de luto e o sofrimento vivenciado pela família.

Durante este período de estágio, participei como formando no Webinar integrado no Projeto de Investigação InffUCI/CINEDUR, com o tema "A família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem". E de ressaltar que a docente orientadora foi coordenadora deste projeto. A aprendizagem possibilitou momentos de reflexão sobre as transições que a pessoa/família vivencia durante os processos abruptos médicos ou cirúrgicos e a importância da família no processo do cuidar (Anexo 2). É ainda de referir que, dentro desta temática, pude refletir sobre a importância das tomadas de decisão, pela participação no Webinar "Implicações da intervenção de enfermagem à pessoa e família em contexto de doença aguda e crónica" (Anexo 3).

Após a reflexão sobre as intervenções realizadas, considero ter adquirido competências que permitem uma **“aprendizagem profissional ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”** (DR, 2018, p. 4162).

4.6. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Tendo por base o percurso da pessoa em situação crítica e as competências do enfermeiro especialista “os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua ... tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p.19362).

Nesta linha de pensamento, a participação da pessoa/família no restabelecimento da sua saúde assume várias formas, sendo que possibilitar o exercício do autocuidado é uma das mais relevantes. Como o controlo e os resultados positivos em saúde dependem, em muito, da eficácia do autocuidado, procurei exponenciar o apoio ao autocuidado e centra-lo na relação de ajuda. Para “possibilitar” o autocuidado baseei-me em abordagens

colaborativas, dependentes do trabalho conjunto da equipa multiprofissional e da pessoa/família, para definir problemas, estabelecer prioridades, metas e criar planos de intervenções para diminuir progressivamente os déficits de autonomia (Boult, 2008).

Em contexto da UCI foi-me possibilitado a prestação de cuidados a um vasto leque de pessoas em situação crítica, quer do foro cirúrgico, como seja o neurocirúrgico, politraumatizado, quer do foro médico como seja falência orgânica por septicémia, com necessidade de monitorização e/ou VMI.

Com a evolução tecnológica e científica, aumenta-se a capacidade de vigilância e segurança como forma de garantir a estabilização hemodinâmica da pessoa em situação crítica. Faz parte da minha experiência profissional manipular e compreender o significado da monitorização como a avaliação da pressão arterial, capnografia, pressão intracraniana, pressão intra-abdominal, índice biespectral. É essencial estar familiarizado com as novas tecnologias para cuidar da “pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19363).

O estágio realizado na UCI e SU permitiu adquirir competências específicas em enfermagem, na vertente pessoa em situação crítica, pelo que foi possível otimizar e maximizar os cuidados de enfermagem. Procurei individualizar e centrar os cuidados de enfermagem de acordo com a avaliação das necessidades de autocuidado, os diagnósticos de enfermagem e a avaliação do impacto das intervenções realizadas.

Destaco as intervenções mais relevantes desenvolvidas no âmbito de cuidados especializados como o diagnóstico e vigilância da pessoa admitida, ainda em fase crítica no contexto da UCI através da monitorização de sinais vitais; gestão de situações de evolução rápida como no caso clínico de choque séptico. Esta transição saúde-doença/situacional possibilitou o desenvolvimento, análise e reflexão do estudo de caso clínico intitulado “Cuidados especializados de enfermagem na pessoa com choque séptico”, através da formulação de diagnósticos, tendo por base as taxonomias Nanda (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification) e conceção do plano de intervenções especializadas de enfermagem (Kamitsuru, 2018; Bulechek, 2010).

Acrescento que, com o desenvolvimento do pensamento crítico e a procura da melhor evidência científica disponível, desenvolvi uma maior capacidade de prever focos preditores de instabilidade, identificação rápida desses focos de instabilidade e poder responder antecipadamente nas situações de processos complexos de doença crítica e ou de falência orgânica. Identifiquei e atuei prontamente nos cuidados à pessoa com insuficiência respiratória global. Após a análise crítica e reflexiva, desenvolvi um plano de intervenções para otimização, manutenção da permeabilização da via aérea com prevenção de eventos adversos, registo e comunicação clara na transição de cuidados.

Nos dois contextos e em casos clínicos de detioração rápida do estado de saúde, atuei de forma eficaz e prontamente e em colaboração com a equipa de enfermagem e médica em manobras de suporte avançado de vida, após paragem cardiorrespiratória, na procura de fatores precipitantes do agravamento clínico, na otimização das manobras executadas quanto ao ritmo e profundidade das compressões e dando feedback sobre a sua eficácia e na administração e vigilância de protocolos terapêuticos complexos. Acompanhei a pessoa, em fase crítica, a realizar meios complementar de diagnóstico após estabilização do quadro clínico, com todos os cuidados inerentes ao transporte. Refiro a monitorização, avaliação da permeabilidade da via aérea, identificação de preditores que possam resultar num agravamento clínico e a dotação segura de recursos humanos e materiais para se efetuar o transporte.

No decorrer dos estágios procurei desenvolver competências relacionais de gestão da comunicação com a pessoa/família para estabelecer uma relação próxima e empática. Tentei identificar alterações emocionais e providenciar o devido apoio emocional com sentimento de responsabilidade no cuidar mas exigindo também a responsabilização informada através de empoderamento sobre o exercício do autocuidado. Com essa finalidade, os jornais de aprendizagem, referenciados anteriormente, proporcionaram reflexões importantes e pertinentes sobre as intervenções especializadas de enfermagem na conceção e no impacto na relação terapêutica.

No contexto da UCI e SU, tive a oportunidade de acompanhar as equipas médicas e orientadoras clínicas na comunicação de más notícias à família e “gestão do luto”. Estas situações possibilitaram um processos de simulação para intervir mais eficazmente na

transmissão de más notícias, considerando que a simulação é um “Gol standart” de inovação em saúde (Brazão et al., 2015).

Nos referidos contextos, desenvolvi competências na prestação de cuidados à PSC, como sejam, a avaliação e gestão da dor (na pessoa com EAM no contexto do SU), pela aplicação de escalas de avaliação da dor (a escala numérica de avaliação da dor, escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia), o controlo da sedoanalgesia, controlando a dor (articulando a prestação de cuidados com a equipa multiprofissional, e gerindo a dosagem da medicação, face a procedimentos invasivos), por PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia) ou intervir com medidas não farmacológicas pela maximização do conforto. Sempre que possível tentei gerir a dor através de medidas não farmacológicas (medidas de conforto como a otimização do posicionamento).

Em contexto de SU, pude participar de forma semiautónoma no processo de triagem de Manchester, compreendendo o seu processo de aplicação e priorização da pessoa em situação crítica, bem como a importância do reconhecimento precoce de preditores de detioração como as situações das vias verde e consequente referenciação.

Ainda neste contexto, pude intervir eficazmente na PSC com EAM, com avaliação dos sinais vitais (por exemplo, frequência cardíaca com monitorização do traçado eletrocardiográfico), conceção de uma relação terapêutica centrada na pessoa/família (incluindo a família na admissão), gestão de sintomas como a ansiedade, gestão da dor com medidas farmacológicas (protocolos terapêuticos complexos) e não farmacológicas como por exemplo, proporcionar um ambiente calmo e com menos ruído. Avaliei as necessidades de autocuidado junto da PSC/família, com a finalidade de conceber um plano de intervenção adequado e realista. Este, incluiu por exemplo, a prestação de cuidados de higiene e conforto enquanto a PSC não teve capacidade para o fazer, educação em saúde sobre a importância da adesão terapêutica e que recursos materiais e humanos existiam para os apoiar, de modo a que pudessem possibilitar uma continuidade no exercício do autocuidado quer durante o internamento hospitalar quer na comunidade. Devo ainda realçar que um plano de intervenções centrado na PSC/família é um condicionante facilitador das transições saúde/doença/situacional e consequentemente um fator motivacional que favorece o exercício do autocuidado (Meleis, 2000).

Neste domínio de competências, e durante os contextos de estágio, mantive uma ação constante e ativa nos cuidados à pessoa em situação crítica, o que permitiu demonstrar um nível de conhecimentos adequado e capacidade para estabelecer prioridades na tomada de decisão e gestão dos cuidados especializados de enfermagem. Consegui mais segurança e autonomia, identificando prioridades e antecipação de complicações. Todas as atividades que desenvolvi foram exequíveis pelo investimento pessoal que fiz durante o percurso académico, reflexão e partilha de conhecimentos com a docente orientadora e orientadoras clínicas. Considero também que a experiência adquirida ao longo dos anos de trabalho, a atualização periódica do curso de suporte avançado de vida e do curso ATCN (Anexo 4), foram essenciais para a aquisição de competências no cuidar da pessoa em situação crítica, analisar e refletir sobre situações simuladas e reais e transpor esse conhecimento para a prática. Estas capacidades são essenciais para evoluir do grau de enfermeiro proficiente a perito (Benner, 2001)

Sendo assim, após reflexão das atividades desenvolvidas e das experiências vivenciadas, considero ter adquirido competência para integrar novos conhecimentos, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, **“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”** (DR, 2018, p.4162).

4.7. Dinamizar a resposta em situações de emergência

Em contexto do SU, na sala de reanimação, desenvolvi conhecimentos e competências na abordagem ABCDE, na pessoa em situação crítica estabelecendo prioridades após a avaliação inicial de identificação do compromisso de funções vitais ou lesões que podem comprometer a vida da pessoa (Nolan et al., 2010). Neste sentido, pude garantir uma via aérea avançada com intervenções interdependentes como por exemplo sedoanalgesia para VMI, em relação próxima com a equipa médica.

Em contexto da UCI, a antecipação da situação crítica era efetuada pelos profissionais, uma vez que a informação do carácter de emergência era previamente

transmitida ao chefe de equipa. Esta antecipação das situações promoveu o controlo e gestão de recursos humanos indispensáveis à prestação de cuidados.

A identificação precoce de sinais e sintomas preditivos de uma abordagem de cuidados de saúde diferenciados e intensivos, independentemente da sua natureza, teve o potencial de melhorar *outcomes*, seja pela necessidade de impedir a admissão em cuidados intensivos através de uma gestão atempada e pró-ativa ou reduzindo atrasos, acelerando a transferência para UCI ou bloco operatório (Considine, et al., 2009).

Aprofundar conhecimentos na área do pré-hospitalar possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências em condições imprevisíveis ou inesperadas, que requereram ação imediata por motivo de alteração súbita do estado de saúde (Mateus, 2007). Neste âmbito, consegui aplicar na prática os conteúdos teóricos e teórico-práticos do curso ATCN pela assistência a vítima de trauma, por acidente de viação, em estreita colaboração com a equipa médica e orientadora clínica, com avaliação das condições de segurança na via pública, avaliação da vítima com abordagem ABCDE, imobilização em plano duro e apoio no transporte para viatura médica medicalizada.

4.8. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica

Durante o estágio nos diferentes contextos, procurei a excelência no exercício profissional, em relação à complexidade da situação crítica e à necessidade de manipular dispositivos invasivos, de modo a maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção (OE, 2018, p.19364).

No contexto da UCI e do SU, tive oportunidade de realizar um momento formal com a enfermeira elo de ligação com o PPCIRA e perceber a sua intervenção na equipa de saúde. Consultei os documentos existentes nos serviços referentes à prevenção e controlo de infeção. Tive sempre a preocupação de atuar em conformidade e de acordo com a norma de controlo de infeção durante a prestação de cuidados. Promovi a higiene das mãos intervindo pontualmente para evitar o seu esquecimento porque considero que é uma das medidas mais relevantes no controlo das IACS. Deste modo, servindo como

exemplo, tive o cuidado de executar a técnica correta de higienização das mãos, tendo em conta os 5 momentos (DGS, 2019).

Procurei utilizar o EPI de forma adequada e individualizado para cada utente. Otimizei e adequei o tipo de EPI à situação infecciosa ou imunocomprometida da pessoa em situação crítica, nas unidades de isolamento com câmara de pressão negativa. Por outro lado, após análise da unidade de cuidados intensivos, identifiquei uma oportunidade na triagem de resíduos hospitalares do tipo I, propondo a aquisição de contentores para maximização da qualidade dos cuidados e redução dos custos em saúde.

No contexto de SU, o controlo de infeção esteve dificultada principalmente no isolamento de gotículas em caso de infeção respiratória, pela sobrelotação de pessoas na mesma área de observação ou até mesmo no SO. Este problema permitiu-me implementar medidas como seja evitar a realização de aerossóis, pelo risco de disseminação. Procurei conhecer os protocolos e normas emanadas pela DGS, e incutir a sua implementação dando especial importância às medidas preventivas no contágio e disseminação da patologia em questão. Porém em contexto de SU, foi um processo desafiante pelo espaço insuficiente entre as unidades de doentes que dificultou a implementação de medidas de isolamento. Neste sentido a prevenção e controlo da infeção hospitalar pode começar pela triagem identificando casos suspeitos, pela análise de sinais e sintomas (Benner & Tanner, 1987).

Após análise e reflexão sobre as intervenções desenvolvidas considero esta competência adquirida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final desta fase acadêmica foi importante refletir e avaliar o percurso concebido e realizado bem como as competências adquiridas com todas as experiências vivenciadas.

A Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica assume um papel diferenciador e de garantia da qualidade dos cuidados (Lopes et al., 2018), pois a formação acadêmica e a especialização em enfermagem, permitem que os enfermeiros tenham a possibilidade de construir uma carreira, com conhecimentos especializados e desenvolver capacidades de decisão e competências clínicas, com reflexo na melhoria da relação interprofissional e na qualidade dos cuidados especializados de enfermagem prestados.

Este relatório diz respeito ao percurso de aquisição de competências referidas anteriormente e teve como finalidade de demonstrar o percurso realizado ao longo deste mestrado. Foram especificadas as competências atingidas em relação aos objetivos delineados, as competências de mestre segundo Decreto -Lei n.º 74/2006, os objetivos do CMEPSC da ESEL, as competências comuns do EE definidas no Regulamento n.º 140/2019, bem como as competências do EEMCPSC, inseridas no Regulamento n.º 429/2018.

Considera-se portanto, que se atingiram os objetivos gerais e específicos delineados, uma vez que este percurso orientou ao desenvolvimento de competências, que permitiram compreender o exercício como EE na área de especialização da PSC e mestre em enfermagem.

Tendo em conta o modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem e partindo da ideia de Benner (2001, p.32) de que “a experiência é por isso necessária para a perícia”, considera-se que no final deste percurso, houve um progresso em relação aos níveis de perícia, dadas as competências adquiridas e as atividades realizadas. Neste sentido, constatou-se a importância do uso de teorias de enfermagem, como referenciais teóricos ao pensamento e à prática de enfermagem avançada para conseguir levar a cabo a temática deste relatório. A Teoria do Autocuidado constitui a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar com a intervenção de enfermagem, embora seja fundamental existir um ponto de equilíbrio entre o excesso

e a carência de cuidado para que a pessoa seja capaz de se autocuidar (Tomey & Alligood, 2002).

A tomada de decisão e o juízo clínico e reflexivo como EE foram desenvolvidos ao longo do percurso acadêmico orientados pelos princípios ético-deontológicos e pela evidência científica.

As atividades realizadas em contexto clínico, sob orientação tutorial da orientadora clínica e da docente orientadora, permitiram o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos teóricos e conceptuais, abordados nas unidades curriculares, mas também de novas oportunidades pedagógicas, que vivenciei em contexto clínico, levaram-me a questionar e refletir sobre o meu exercício profissional.

Com a elaboração deste relatório foram descritas, de uma forma sucinta, com enfoque nos pontos mais relevantes, as atividades e as vivências proporcionadas pelo estágio na UCI e no SU. Descrevi o processo de aquisição e desenvolvimento de competências através da análise, reflexão crítica e construtiva nos diferentes campos de estágio onde foi possível prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e sua família.

O percurso académico foi realizado perante um caminho exigente, no qual foi investido tempo, empenho pessoal e profissional enquanto estudante e enfermeiro, com o propósito de obter ganhos pessoais e conhecimentos que irão fortalecer a profissão de enfermagem e a praxis de qualidade, competente, segura, científica e humana dos cuidados especializados prestados à pessoa e sua família.

Em todas as etapas fica o sentimento de gratificação pelo que me foi ensinado e pelo contributo que pude deixar no local onde procurei possibilitar o autocuidado à pessoa/família com EAM.

Nos contextos, procurei a partilha de conhecimentos científicos e a elaboração de estudos que permitiram melhorar a qualidade do trabalho realizado e a fomentação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade com a finalidade de maximizar os ganhos em saúde da pessoa e família como a dignidade, o autocuidado, a continuidade dos cuidados e a satisfação pessoal. A realização deste percurso académico veio reforçar a grandeza existente nesta profissão do cuidar.

Durante este percurso acadêmico a planificação das atividades, através do projeto de estágio, permitiu uma orientação que juntou teoria e prática no exercício do EE.

A baixa casuística de pessoas com EAM nos contextos de estágio atuou como fator limitador na maximização das intervenções que possibilitassem o exercício do autocuidado. Contudo, e após a análise e observação de todas as etapas desenvolvidas fica a certeza que desenvolvi as minhas capacidades como enfermeiro especialista e consigo evidenciar um crescimento substancial na forma de pensar, agir e confortar, permanecendo a certeza que a prática reflexiva exercida durante todo este período conduziram a um exercício de cuidados de excelência baseados na evidência científica em enfermagem.

A riqueza de poder observar a mudança da prática dos cuidados de enfermagem, prestados à pessoa/família com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde e conseguir ter a capacidade de desenvolver a profissão sobre limites temporais e, de pressão, promovem uma confiança e tranquilidade enquanto pessoa e profissional.

A certeza que o sucesso das minhas intervenções autónomas face a diversos momentos críticos e de grande tensão, perante pessoas em risco de vida, que careceram de tomada de decisão coerente e acertada, tendo sido executada de forma clara e rápida com benefício para a pessoa/família, melhorou a qualidade de vida e muitas vezes a própria vida.

Todos estes sentimentos e conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso, transformam-se num orgulho crescente e desafiante para desempenhar esta profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. (2ª ed.). Coimbra: Almedina
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Ed. Quarteto Editora. Coimbra. ISBN: 972-8535-97-X. P. 43-63. file:///C:/Users/Asus/Downloads/pdfslide.tips_de-iniciado-a-perito-benner-capt-2.pdf
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). *Clinical judgment: How expert nurses use intuition*. The American Journal of Nursing, 87(1), 23–31. <http://dx.doi.org/10.2307/3470396>.
- Boult, C., Karm, L., Groves, C. (2008). Improving Chronic illness care. The chronic care model. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21369513/>
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. (2010). *Nursing Interventions Classification*, 5th Editions. https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf
- Brazão, M., Nóbrega, S., Correia, J., Silva, A., Santos, D., Monteiro, M. (2015) *Simulação Clínica: Uma Forma de Inovar em Saúde*. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Vol. 22. Nº 3. Julho/setembro. P. 146-155. https://www.spmi.pt/revista/vol22/vol22_n3_2015_146_155.pdf
- Cavanagh, S. (1993). *Modelo de Orem. Aplicação prática*. Barcelona: Masson - Savat Enfermeris. ISBN: 9788445801666
- CASTILHO, V., LEITE, M. M. J. (1991). *A administração de recursos materiais na enfermagem*. In: KURCGANT, P. (Coord.) *Administração em enfermagem*. São Paulo. EPU. P.73-88.
- Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). *Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review*. Human Resources for Health (Vol. 11). Human Resources for Health. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-57>
- Decreto -Lei n.º 74/2006. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1.a série-A (N.º 60 de 24-03-2006), 2242– 2257. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 107/2008. (2008). Altera o Decretos-Leis n.º 74/2006. Concretiza o processo de Bolonha. Diário da República, 1.a série (N.º 121 de 25-06- 2008), 3835-38–53. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/456200/details/maximized>

- Direção Geral de Saúde, (2018). Sistemas de triagem dos Serviços de Urgência e referência interna imediata. Norma n.º 002/2018. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Dias, J. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures: Lusociência
- Dickson V, Lee C, Yehle K, Mola A, Faulkner K. (2016) *Psychometric testing of the self-care of coronary heart disease inventory* (SC-CHDI). *Research in Nursing & Health*, 40 (1): 15-22.
<https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1190&context=nrs>
- D.R, (2014). 2ª série – N.º 153/2014. Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Pág. 20763. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- D.R, (2014). 2ª série – N.º 153/2014. Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Pág. 20673 – 20678. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- DR, (2015). 2ª série – N.º 22. Despacho n.º 1057/2015. 2 fevereiro de 2015. Pág. 3039. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Despacho_1057_0215_EnfermeirosMeiosComplementaresDiagnosticos.pdf
- D.R, (2018). 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, Pág. 19360 Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>
- D.R. , (2018). 1.ª série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018. Capítulo III. Artigo n.º 15. Pág. 4147-4182. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- D. R. , (2011). 2.ª série, N.º 35, 18 de Fevereiro de 2011, Pág. 8656. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecificasfornecidasituacaocritica.pdf
- Direção Geral de Saúde, (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma n.º. 007/2019 de 16/10/2019. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção Geral de Saúde, (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º. 001/2017. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde, (2015). Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015- 2020. Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde, (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. (Direção-Geral de Saúde, Ed.). Lisboa: Gráfica Maiadouro. <https://www.saudecuf.pt/descobertas/areasclinicas/outros-servicos/cuidados-intensivos>.

- European Society of Cardiology (2019). Guidelines on Chronic Coronary Syndromes. Biot, France: European Society of Cardiology. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Chronic-Coronary-Syndromes>
- George, F. 2015. Orientação da Direção Geral da Saúde. Processo de gestão da medicação. Nº 014/2015 de 17/12/2015. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>
- Huber, D. (2014). *Case and population health management in Huber. Leadership and nursing care management*. 5ª Ed. St. Louis, MO: Elsevier , Saunders
- Kamitsuru, S. & Herdman, H. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I. Definições e classificação 2018-2020*. 11ª Edição. ARTMED ED. LTDA <https://www.podiatría.com.br/uploads/trabalho/149.pdf>
- Koh, K., Wang, W., Richards, A., Chan, M. & Cheng, K. (2015). Effectiveness of advanced practice nurse-led telehealth on readmissions and health-related outcomes among patients with postacute myocardial infarction: Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship. ALTRA Study Protocol. John Wiley & Sons Ltd. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26915719/>
- Lei n.º 156/2015. (2015). Estatuto da ordem dos enfermeiros. Diário da República, 1.a série (N.º 181 — 16-10-2015), 8059–8105. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. (INESC-TEC, Ed.). Porto. Acedido a 11/11/2018. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
- MATEUS, B. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar – Que Realidade* (Lusociência). Camarate
- Meleis AI, Sawyer LM, Im EO. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory*. Advances in Nursing Science. 23
- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). Phipps: *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspetivas de Saúde e Doença* (8ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D. A., Biarent, D., Bossaert, L. L., Deakin, C., Koster, R. W., Wyllie, J. & Bottiger, B. (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20956052/>

- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação pré-operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, 2ª série nº135 (16/07/2018), 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal:.. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro: -*Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, n.º26, p.4744-4750.
- Orem, D. (1969). *Inservice Education and Nursing Practice*. In *Forces Affecting Nursing Practice: the Proceedings of the Continuing Education Series Conducted Under the Auspices of the Catholic University of America*. Disponível em: https://www.academia.edu/28547448/Self_Care_Theory
- Orem, D (1991). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson. P.131-161.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas, D.L. ISBN: 8445800922
- Paiva e Silva, A. (2007). *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. servir, 55 N.º1-2, Pág. 11-20.
- Pereira, E. (2023). SNS. *Semana da segurança do doente: Segurança na utilização da medicação*. <https://www.chts.min-saude.pt/noticias/semana-da-seguranca-do-doente-seguranca-na-utilizacao-da-medicao/>
- Peterson S & Bredow T (2009). *Middle-Range Theories: Application to Nursing Research*. Second Edition. Lippincott Williams & Wilkins
- POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernardette – Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN85-7307-984-3
- Ramos, S., Perdigão, P., Oliveira, R. (2019). *II Avaliação e gestão do risco em organizações de saúde. 8 Erros relacionados aos medicamentos*. SciELO books. <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-11.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744– 4750. Acedido a 22/02/2019. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

- Regulamento n.º 429/2018. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica*. Diário da República, 2.ª série (N.º 135 de 16-07-2018), p.19359–19364. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?l=1>
- REPE, (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Dec. Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). Pág. 1-6. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Reveles A, Simões I & Ferreira P. (2018). Consulta de enfermagem e controlo de fatores de risco cardiovascular na pessoa após síndrome coronária aguda. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV n.17. P.33-42. <https://doi.org/10.12707/RIV17089>
- Ruivo, M., Ferrito C. & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. Percursos*. N.º 15. Pág. 3-37
- Silva, A. R., & Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Simões, A (2020). *Pensar em saúde- Dia Nacional do doente coronário*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/acoress/noticias/conteudos/14fevdia-nacional-do-doente-coronario/>
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) (2017). *EAM-STEMI Recomendações para o Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio nos Doentes que se apresentam com Elevação do Segmento ST*. Comissão para as Recomendações Práticas. https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/1.EAM_STEMI-2017.pdf
- Swanson, K (1999). *Research-based Practice with Women Who Have Had Miscarriages*. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship. 31 (4). P. 339-345
- Swanson, K (1993). *Nursing as informed caring for the well-being of others*. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship. 25. P.352-357
- Swanson, K (1991) *Empirical development of a middle range theory of caring*. *Nursing Research*. 40 (3). P.161 - 166.
- The Lancet, (2020). *Patient Empowerment. Who empowers Whom?* The Lancet. Volume 379. P. 1677. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60699-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60699-0)
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência. P. 211-236

- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2013). *Cuidados Intensivos de Enfermagem* (6ª ed.). (A. D. Salles, C. d. Amaral, C. F. Santos, C. Osorio, E. d. Rodrigues, E. Nopper, N. N. C, Trans.) Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Valdés, Y. Machin, L., Pérez, L. Rodríguez, A., Llanes, K. (2021): *Application of the theory of the Kristen Swanson cares in patients with ischemic cardiopathy*. *Invest. Medicoquir* 2021; 13 (1). <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/677>
- World Health Organization [WHO] (2019). *Self-care can be an effective part of national health systems*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://www.who.int/reproductivehealth/self-care-national-health-systems/en/>

APÊNDICES

APÊNDICE 1.

Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura “Possibilitar o exercício do autocuidado na pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Intervenção especializada de enfermagem”

APÊNDICE 1 - Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura “Possibilitar o exercício do autocuidado na pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Intervenção especializada de enfermagem”



Curso Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Possibilitar o exercício do autocuidado na pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Intervenção especializada de enfermagem

Humberto Augusto Costa

Nº 10958

—
Professora Orientadora:
Professora Doutora Anabela Mendes

—
Lisboa
Novembro, 2022



LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

JBI - Joanna Briggs Institute

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrievel System Online

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. METODOLOGIA	7
1.1. Critérios de seleção	7
1.2. Estratégia de Pesquisa	8
1.3. Extração dos resultados.....	9
1.4. Apresentação dos resultados	10
BIBLIOGRAFIA	11

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Critérios de Seleção 7

TABELA 2: Grelha de extração de dados 9

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1. Fluxograma PRISMA	10
-------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, surge a necessidade de realizar uma RIL para sustentar o projeto de estágio cujo título é “Possibilitar o exercício do autocuidado na pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Intervenção especializada de enfermagem”, com o objetivo de mapear artigos de investigação com intervenções de enfermagem que possibilitem o autocuidado na pessoa com EAM.

As intervenções de enfermagem relacionadas com a pessoa com EAM em situação crítica são complexas e requerem conhecimento científico importante e atualizado. Estas são uma preocupação constante para os cuidados de enfermagem com qualidade.

Este protocolo de revisão pretende responder à questão de investigação “*De que modo as intervenções de enfermagem possibilitam o autocuidado na pessoa com EAM?*”

Foi implementado, em dois momentos diferentes, durante o mês de junho de 2022, entre o dia 06-06-2022 e o dia 17-12-2022. Verifiquei que os resultados foram idênticos, pelo que só se teve em consideração uma das pesquisas realizadas. Segui as orientações e metodologia do The Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual – Chapter 11: Scoping reviews (last updated 2 July, 2020).

1. METODOLOGIA

1.1. Critérios de seleção

Como fundamentação metodológica seguimos as orientações de Whitemore & Knafl (2005) com a pretensão de através de procedimentos rigorosos e imparciais obter a melhor evidência científica na temática em estudo. O protocolo da RIL é revisado por dois revisores independentes.

O processo de identificação, seleção, extração, e análise dos estudos, tem por base as recomendações do The Joanna Briggs Institute (JBI) (Joanna Briggs Institute, 2020,2022). Para ir de encontro ao objetivo foi formulada a questão de investigação: “De que modo as intervenções de enfermagem possibilitam o autocuidado na pessoa/família com EAM?” e definidos os critérios de inclusão segundo o método PICO (Tabela - 1).

Os critérios de inclusão e exclusão são estabelecidos segundo a tipologia de participantes, intervenções, contexto, resultados que se pretendem obter e data temporal de publicação acompanhados da sua justificação. Serão incluídos artigos com linguagem escrita passíveis de serem entendidos pelos investigadores.

O protocolo de revisão integrativa da literatura não inclui apenas estudos de investigação primária, permitindo uma compreensão mais holística em relação ao tema estudado.

Tabela 1. Critérios de seleção e exclusão

	Critérios de seleção	Justificação
Participantes	Pessoa adulta em situação crítica/família, com diagnóstico de EAM	O EAM tem maior prevalência na população adulta (SPC, 2019)
Intervenção	Estudos sobre intervenções de enfermagem que possibilitem o autocuidado	O produto das intervenções do enfermeiro especialista resulta da aplicação do processo de enfermagem para atender aos

		requisitos de autocuidado da pessoa/família (Orem, 2001)
Contexto	Internamento em Instituição Hospitalar	Pessoa/família em situação crítica com EAM, vivencia um processo médico/cirúrgico complexo com enorme impacto no autocuidado
Resultados	Esta RIL considera os artigos que incluem intervenções de enfermagem eficazes para possibilitar o autocuidado	É dever do enfermeiro implementar intervenções autónomas e interdependentes (OE, 1996)
Critérios de exclusão		Justificação
Todos os documentos publicados antes do ano de 2015		Pretende-se a análise da evidência atual
Todos os documentos que não estejam escritos em português, inglês ou espanhol		Considera-se apenas os idiomas dominados pelos investigadores

1.2. Estratégia de pesquisa

A pesquisa desenvolve-se em três fases. Na primeira é realizada uma pesquisa livre, da qual se obtêm palavras-chaves para a pesquisa dos artigos científicos. Na segunda, consiste na identificação dos termos em linguagem natural e identificação dos termos indexados, sendo validados através da pesquisa nas bases de dados Medical Subject Headings (MeSH) e Cinahl Subject Headings via EBSCOhost. Na terceira etapa, inclui a análise dos artigos incluídos no protocolo segundo os critérios de seleção.

Os limites da data de publicação dos artigos a mapear foi compreendida entre 01-01-2015 e 17-12-2022.

Para responder à questão de investigação definem-se descritores, segundo a mnemónica PI(c)O, preconizada pela *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020)

Na estratégia de busca, utilizam-se dois recursos informacionais, sendo duas bases de dados eletrónicas (CINAHL e MEDLINE) acedidas pelo motor de busca EBSCO e

um pesquisador académico (Google Académico). A interceção dos descritores é realizada com recurso aos operadores booleanos (OR) e (AND), da seguinte forma: (S1: Heart attacks); (S2: Nursing Care OR Self care theory OR Nursing skills OR Nursuing strategies); (S3: Self management OR Welfar OR Outcomes); (S1 AND S2 AND S3). Obtiveram-se 117 artigos na base dados MEDLINE e 3 artigos na base dados CINAHL. Na pesquisa pelo Google Académico obteve-se um total de 3 artigos.

Para além das bases de dados de publicações científicas, realiza-se pesquisa em literatura cinzenta através de busca manual de publicações não publicadas como teses e mestrados, na área da Pessoa em Situação Crítica, congressos e documentos técnicos. Nesta pesquisa, utiliza-se a expressão “possibilitar o autocuidado no doente com Enfarte Agudo do Miocárdio”.

1.3. Extração dos resultados

O instrumento delineado para a extração e análise dos dados consiste no Protocolo PRISMA. Este foi composto por ítems agrupados numa tabela onde consta o Título do artigo; Autores; Ano de publicação; Tipo de estudo; População; Intervenção; *Outcome* e Resultados.

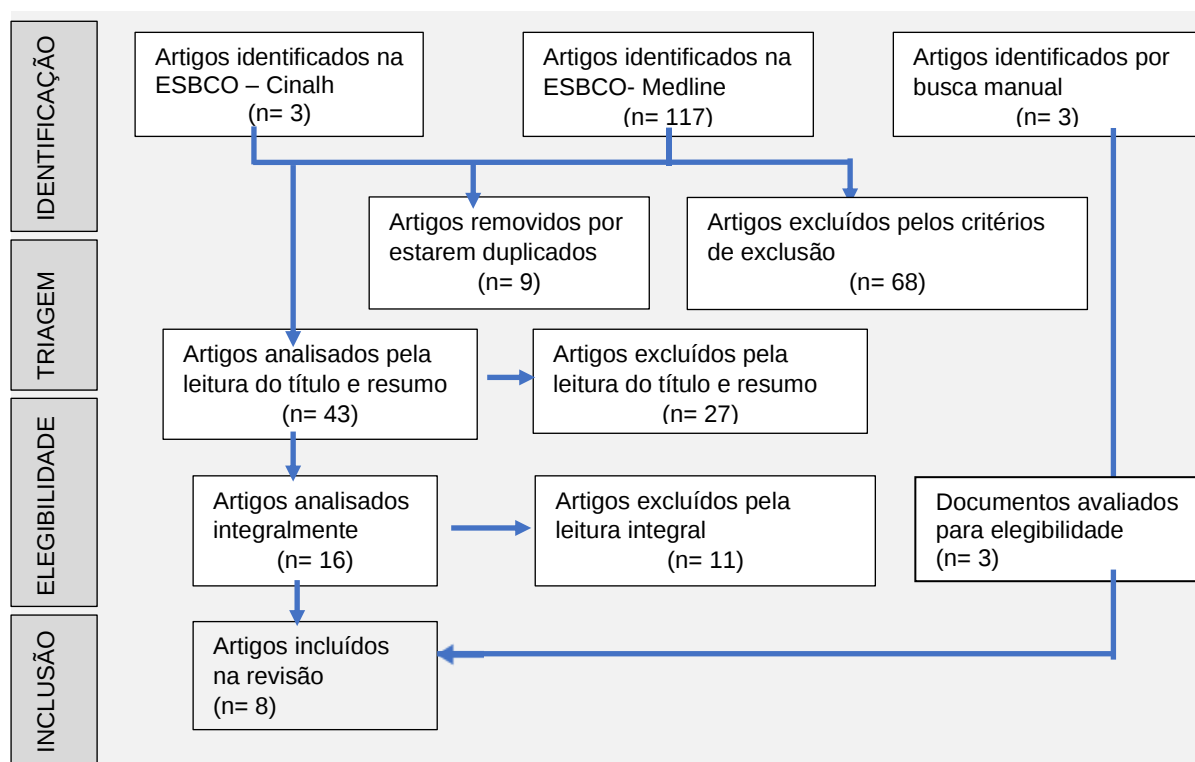
GRELHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS	
Título do artigo	
Autores	
Ano de publicação	
Características metodológicas	
Objetivos	
Intervenções	
Resultados/Conclusões	

Tabela 2. Grelha de extração de dados

Todos os artigos identificados são inicialmente avaliados através da análise dos títulos e resumos. Nos artigos em que a análise do título e do resumo não foi suficiente para ser realizada a seleção inicial, procede-se à leitura integral do mesmo.

Após leitura completa dos artigos para elegibilidade, determina-se a amostra final dos artigos no fluxograma PRISMA.

Diagrama 1. Fluxograma PRISMA



1.4. Apresentação dos resultados

Tendo por base o objetivo definido e a pergunta de investigação, as intervenções de enfermagem são apresentadas de forma narrativa, na tabela anteriormente descrita.

Para responder à questão de investigação, os dados recolhidos são submetidos a análise. A análise dos artigos é ancorada na teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem.

BIBLIOGRAFIA

- Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews, (2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). *The integrative review : updated methodology. Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 546–553
- The Joanna Briggs Institute. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis* (E. Aromataris & Z. Munn (eds.); Issue April). <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-01>
- The Joanna Briggs Institute. (2022). *JBI EBP Database Guide*. <https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.html>

APÊNDICE 2.

Formação em serviço “As intervenções de enfermagem que possibilitam o autocuidado da pessoa com enfarte agudo do miocárdio”

APÊNDICE 2 - Formação em serviço “As intervenções de enfermagem que possibilitam o autocuidado da pessoa com enfarte agudo do miocárdio”

Mestrado em Enfermagem Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica.

“AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE POSSIBILITAM O AUTOCUIDADO DA PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO”

Docente Orientador:
Professora Anabela Mendes

Elaborado por:
Humberto Costa

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Novembro, 2022

ÍNDICE

1. SITUAÇÕES ESPECIAIS EM CUIDADOS INTENSIVOS
2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
 - 2.1. Gestão de processos complexos médicos no doente crítico através da monitorização/interpretação eletrocardiográfica
3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE POSSIBILITAM O AUTOCUIDADO AO DOENTE COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

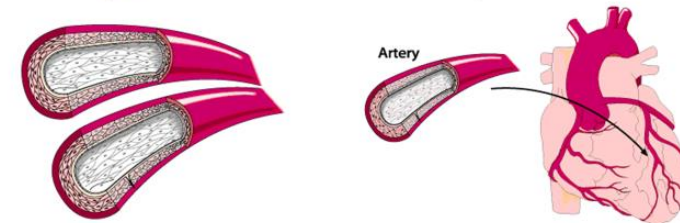


OBJETIVOS:

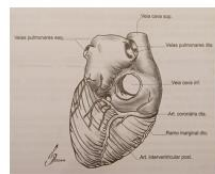
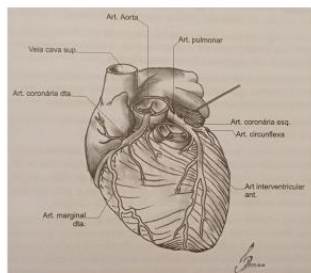
- Compreender de que modo que as intervenções de enfermagem podem subsidiar e contribuir para diminuir o défice do exercício do autocuidado, no quotidiano, por parte do utente com EAM.
- Identificar as intervenções de enfermagem que possibilitam o autocuidado da pessoa com EAM;
- Analisar/interpretar alterações no registo eletrocardiográfico relacionados com EAM.

SITUAÇÕES ESPECIAIS EM CUIDADOS INTENSIVOS

- ⚡ Risco de EAM relacionado com baixo débito cardíaco
- ⚡ Risco de EAM relacionado com doença coronária



SITUAÇÕES ESPECIAIS EM CUIDADOS INTENSIVOS



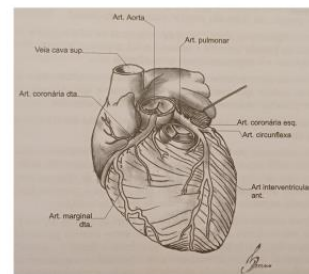
Território irrigado P./ Art. CD

- Parede ventricular média e basal VD
- Porção inferior do septo Ventricular
- Nódulos sinoauricular e auriculoventricular

Imagens: Bertram, J., Canevari, A., Silva, A., Zagato, C., Evangelista, J., Oliveira, P., Tavares, V. Anatomia Desol. Moisés. 1982.2017. ISBN: 978-85-90011-2-0



SITUAÇÕES ESPECIAIS EM CUIDADOS INTENSIVOS



Território irrigado P./ Art. CE

- Segmento ventricular médio e basal da parede anterior e antero-lateral
- Porção anterior do septo
- Segmentos apicais
- Segmento basal infero-lateral

Dominância :

- Direita 70% dos casos;
- Esquerda 10% dos casos;
- Não existe dominância em 20% dos casos

Imagens: Bertram, J., Canevari, A., Silva, A., Zagato, C., Evangelista, J., Oliveira, P., Tavares, V. Anatomia Desol. Moisés. 1982.2017. ISBN: 978-85-90011-2-0



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

CUIDADOS INTENSIVOS

✓ *Dor aguda relacionada com isquemia do miocárdio*

- Localização / irradiação
- Qualidade
- Quantidade
- Cronologia / Fatores que agravam ou aliviam



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

CUIDADOS INTENSIVOS

- Metodologia ISBAR
- Otimizar ambiente e processos terapêuticos complexos
- Redução ansiedade
- Vigilância / Monitorização / Terapêutica
- Acesso venoso permeável
- Fibrinólise
- ICP
- Transporte

Família /
Cuidador



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

CUIDADOS INTENSIVOS

Transformação do ambiente da UCI em ambiente terapêutico

Reconhecimento de alterações potencialmente fatais

Reconhecimento de alterações eletrocardiográficas



- MONITORIZAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA -



MONITORIZAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA

ECG - É um registro da atividade elétrica do coração, que mede os impulsos elétricos que estimulam e produzem a contração

Primeiro registo preciso do ECG (1985)

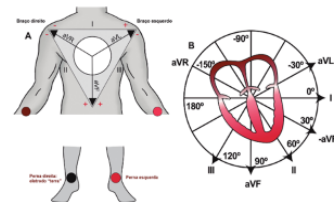
O utente tinha que colocar ambos os braços e a perna esquerda dentro de tinas de solução condutora (salina)



Imagem: <https://www.heart.org/health-topics/electrocardiogram/heart-disease-and-conditions/electrocardiogram>



MONITORIZAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA



- Einthoven descreve o triângulo equilátero formado pelas derivações I, II e III denominado “triângulo de Einthoven” - 1912

Imagem: <https://www.cardiacmed.com/10-ways-to-keep-your-patient-safe-ecg-101>



MONITORIZAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA

ELETROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVAÇÕES

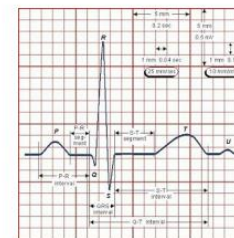
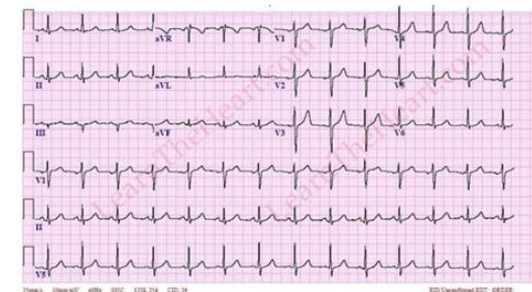


Imagem: <https://www.heart.org/health-topics/electrocardiogram/heart-disease-and-conditions/electrocardiogram>



MONITORIZAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA

Cada derivação regista informação específica das diferentes áreas do coração

Fornecem mais detalhes da parede mais próxima do que as mais distantes



Tem grande relevância na cardiopatia isquêmica

localiza a artéria obstruída

Copyright © 2011 My EKG, LLC's generalidade e registo de marca e de domínio de 2011

ESEL
Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa
Lisboa

MONITORIZAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA

Correlação entre as paredes cardíacas e as derivações do eletrocardiograma

The diagram illustrates the correlation between heart wall segments and ECG leads. It shows four views of the heart: Direitas (Right), Anteriores (Anterior), Laterais (Lateral), and Inferiores (Inferior). Each view highlights specific leads: V1-V2 for the right ventricle and septum, V3-V4 for the anterior wall, aVL, aVF, and V5-V6 for the lateral wall, and II, III, and aVF for the inferior wall.

- V1-V2: ventrículo direito e septo interventricular
- V3-V4: parede anterior do ventrículo esquerdo
- D1 e aVL: parede lateral alta
- V5-V6: parede lateral baixa
- D3, D2 e aVF: parede inferior

Copyright: <https://bit.ly/3guyg> com/gerenciador/derivaes-ecg-correlacao-derivaes-ecg

ESEL
Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa

MONITORIZAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA

ECG é fundamental para a classificação do EAM

1. Com supradesnivelamento ST (lesão transmural)
 - Pode ocorrer conjuntamente com BRE
2. Sem supradesnivelamento ST (lesão subendocárdica)
 - Infradesnivelamento ST
 - Inversão da onda T



The image displays two ECG strips on a black background. The top strip features a yellow warning triangle icon in the upper left corner. Both strips show a heart rate of 69 bpm and a time of 15:40. The ECG traces are green, showing a regular rhythm with visible ST-segment elevation in several leads, which is characteristic of a transmural myocardial infarction.

Copyright: PPTs © Carlos A. Valverde and 00100001-010

ESEL
Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa
Lisboa

MONITORIZAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA



O diagrama ilustra a evolução do ECG em cinco estágios ao longo de 72 horas. Um eixo horizontal colorido (verde, amarelo, laranja, vermelho) indica o tempo: 0-30 minutos, 30 minutos, 6 horas, 24 horas e 1 semana. Abaixo do eixo, cinco traçados de ECG representam cada estágio: 1. Onda T hiperaguda (0-30 min), 2. Supradesnivelamento do segmento ST (30 min a 6h), 3. Surgimento da onda Q (6h a 24h), 4. Inversão da onda T (24h a 1 semana), 5. Regressão do supradesnivelamento (1 semana).

Evolução das alterações do ECG no EAM

- Ondas T hiperagudas (primeiros minutos)
- Supradesnivelamento ST (± 30 min)
- Surgimento de ondas Q = necrose (± 6 h)
- Inversão onda T por ausência de despolarização / repolarização na zona afetada
- Regressão do supradesnivelamento (pouco menos de 1 semana)

Fonte: J. S. Kannel, M. A. Haan, "The Framingham Study".

ESE
Escola Superior de Engenharia
do Porto

MONITORIZAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA

No contexto clínico próprio, a elevação do segmento ST (medida no ponto J) é considerada sugestiva de oclusão aguda da artéria coronária



≥ 2 derivações contíguas com elevação do segmento ST:

- ≥ 2,5 mm nos homens com < 40 anos em V2-V3
- ≥ 2 mm nos homens com ≥ 40 anos ou ≥ 1,5 mm nas mulheres em V2-V3
- ≥ 1mm nas outras derivações



INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- POSSIBILITAR O EXERCÍCIO DE AUTOCUIDADO -

Teoria do Déficit de Autocuidado é importante na orientação do conhecimento e na prática de enfermagem (Orem, 2001)

Autocuidado

Conjunto de atividades

favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos,

cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal
(Orem, 2001)



INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- POSSIBILITAR O EXERCÍCIO DE AUTOCUIDADO -

NECESSIDADES DE AUTOCUIDADO

Possibilitar o autocuidado:

- Considerar as capacidades e conhecimento da pessoa em situação crítica
- Analisar o potencial existente.
- Planejar com a pessoa em situação crítica e família

Determinar as necessidades de autocuidado em relação à capacidade da pessoa com EAM para o autocuidado (Orem, 2001):

- Iniciar e manter relacionamento durante o internamento
- Determinar se e como devem receber apoio
- Atender às necessidades, proporcionar e regular a ajuda direta



REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

"AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE POSSIBILITAM O AUTOCUIDADO DA PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO"

Objetivos:

- Compreender de que modo as intervenções de enfermagem podem subsidiar o exercício de autocuidado, no cotidiano, da pessoa com EAM
- Identificar as intervenções de enfermagem que possibilitam o autocuidado da pessoa com EAM;



REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

- ✓ **Descritores:** *Self-Management; Myocardial Ischemia; Nursing care*
- ✓ A análise dos dados foi ancorada na teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem

CONCLUSÕES

Intervenções de

Avaliação das necessidades / recursos disponíveis na comunidade

Programas

Individualizados

Centrados na pessoa

Ter metas realistas



Intervenções de enfermagem com maior eficácia

Dinamização de equipas

- Criação de equipas multiprofissionais para otimizar a assistência ao utente com EAM
- Formação sobre educação em saúde para enfermeiros (grupos de comunicação / contacto com o utente)
 - Inclusão de pessoas com diagnóstico prévio de EAM na criação de equipas para assistência aos utentes após alta clínica
 - Maior cooperação entre Enfermeiros / Médicos
 - Articulação com outro profissionais



Intervenções de enfermagem com maior eficácia

Comunicação

- Informação clara e oportuna através dos Grupos de comunicação/contacto (Texto; Imagens; Vídeos; Notificações)
- Atividades de educação para a saúde – Palestras
- Fornecimento de documentação educacional escrita em forma de folhetos
 - Programas educacionais com inclusão do cuidador
 - Centros de contacto permanente após a alta clínica
 - Suporte tecnológico com aplicativos interativos, para o domicílio



Intervenções de enfermagem

Vantagens

- Possibilitam o autocuidado e potenciar o bem-estar e qualidade de vida
- Menor recorrência aos serviços de urgência
- Ganhos diretos e indiretos nos custos de saúde a nível familiar e global



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2009). BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. - Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics. 2ª ed. New York: Springer. Disponível em: [Expertise in Nursing Practice, Second Edition: Caring, Clinical Judgment ... Google Livros](#)
- Mendes, A.; Bastos, F. (2021). O CUIDADO CENTRADO NO CLIENTE: Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem. Quadro de Referência para os Cuidados de Enfermagem. Sabook Ed. Lusodiale. ISBN: 978-989-33006-4-8
- OREM, D. (1994). *Modelo de Orem: conceitos de enfermagem na prática*. Barcelona: Masson.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). FUNÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS/SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA. MESA DO COLEGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. PARECER N.º 15 / 2018. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-espec-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Santos, J.; Cavacas, A.; Silva, A.; Zagalo, C.; Evangelista, J.; Oliveira, P.; Tavares, V. Anatomia Geral - Moreno. 4ª Ed 2007. ISBN: 972-98495-2-8
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2017). EAM-STEMI: Recomendações para o Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio nos Doentes que se apresentam com Elevação do Segmento ST. Comissão para as Recomendações Práticas. https://spc.pt/wp-content/uploads/2018/10/1_EAM_STE-IM-2017.pdf
- Swanson, K. (1991) Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40 (3). 161 - 166.
- Tian, Y.; Ren, H.; Zhu, H.; Wang, X.; Han, X. (2022). Effect of PCI Standardized Telephone Follow-Up Service Mode on Out-of-Hospital Complications, Rehospitalization Rate, and Quality of Life of Discharged Patients with Acute Coronary Syndrome after PCI. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. Article ID 4319887, 7 pages. <https://doi.org/10.1155/2022/4319887>

APÊNDICE 3

Resumo e apresentação da comunicação livre no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência na intervenção clínica

**APÊNDICE 3 – Resumo e apresentação da comunicação livre no Webinar
do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL:
A evidência na intervenção clínica**

**“AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE POSSIBILITAM O
AUTOCUIDADO DA PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO
MIOCÁRDIO”**

AUTORES:

Humberto Costa¹, Lúcia Ferreira², Anabela Mendes³

¹ Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Enfermeiro – Serviço de Intensivos Coronários do Hospital Fernando da Fonseca: (humbertocosta@campus.esel.pt).

² Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Enfermeira - Serviço de Angiografia e Radiologia de Intervenção do Hospital Cuf Tejo: (lucia.antunes@campus.esel.pt).

³ Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica Adulto/Idoso. Professora Coordenadora. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (anabelapmendes@esel.pt).

INTRODUÇÃO- A pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) vive um processo de transição saúde-doença abrupto com impacto significativo no seu exercício de autocuidado. Os cuidados de enfermagem têm, no imediato e ao longo de todo o processo de doença, como intencionalidade potenciar a capacidade de autocuidado. A informação clara e oportuna associadas às atividades de educação para a saúde realizadas pelos enfermeiros à pessoa com EAM são fundamentais para possibilitar o autocuidado e potenciar o bem-estar e qualidade de vida. Simultaneamente contribuem para uma menor recorrência aos serviços de urgência, com ganhos diretos e indiretos nos custos de saúde a nível familiar e global.

OBJETIVOS- Identificar as intervenções de enfermagem que possibilitam o autocuidado da pessoa com EAM; Compreender de que modo as intervenções de enfermagem podem subsidiar o exercício de autocuidado, no quotidiano, da pessoa com EAM.

METODOLOGIA- Considerando a temática, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, tendo por suporte um protocolo de pesquisa. A pesquisa foi realizada nas

bases de dados MEDLINE e CINAHL e literatura cinzenta. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão ficou-se com um total de 5 artigos para extração e análise. A análise dos dados foi ancorada na teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO- Nos estudos analisados, encontrou-se uma certa similaridade no que concerne às intervenções de enfermagem. Mostram que os programas educacionais dirigidos à pessoa com EAM são mais eficazes quando está incluído o cuidador, o fornecimento de documentação educacional escrita em forma de folhetos, existência de contacto telefónico após a alta e sempre a pessoa se faz acompanhar por suporte tecnológico com aplicativos interativos, para o domicílio. Como estratégia influenciadora para a tomada de decisão dos doentes na aceitação da mudança de hábitos, é descrito o "pensamento futuro episódico" e a necessidade de habilidades de autorregulação para superar as dificuldades encontradas. Verifica-se que a intervenção de enfermagem tem por foco a pessoa doente e a família na qual se insere, considerando que o impacto da transição saúde doença afeta toda a dinâmica familiar. Os recursos e as estratégias, quando adaptadas à pessoa e às suas circunstâncias, revelam-se facilitadores e promovem efetivamente o autocuidado.

CONCLUSÕES- Considera-se imperativo avaliar as necessidades das pessoas e os recursos disponíveis na comunidade para delinear as intervenções de enfermagem. A construção de programas que tenham por finalidade possibilitar o exercício de autocuidado, devem ser individualizados, centrados na pessoa e ter metas realistas, que garantam o conforto e, necessariamente, atendam às necessidades da pessoa com EAM.

PALAVRAS-CHAVE: *Self-Management; Myocardial Ischemia; Nursing care;*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Meleis, Afaf Ibrahim PhD, FAAN; Sawyer, Linda M. PhD, RN; Im, Eun-Ok PhD, RN; Hilfinger Messias, DeAnne K. PhD, RN; Schumacher, Karen PhD, RN. (2020). *Advances in Nursing Science*: September 2000. Volume 23. Issue 1.p 12-28
- Hartweg, D. (2015). *Dorothea Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory*. Chapter 8. IN: Smith, M., Parker, Fourth Edition, *Nursing Theories and Nursing Practice*. Pág 104-132. [Nursing Theories and Practice - Smith, Marlaire C. \[SRG\].pdf \(kp.ac.rw\)](#)
- Koh, K., Wang, W., Richards, A., Chan, M. & Cheng, K. (2015). *Effectiveness of advanced practice nurse-led telehealth on readmissions and health-related outcomes among patients with postacute myocardial infarction: Informing Practice and Policy Worldwide tbrough Research and Scholarship*. ALTRA Study Protocol. John Wiley & Sons Ltd. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26915719/>
- Guilhermina, N., Nunes, S. (2016) *Right or duty of information: A Habermasian perspective*. *Nursing Ethics*, Vol. 23(1) 36-47. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0969733014557116>
- Jintana Tongpeth PhD, RN, Tracey Barry BN, DipAppliSc, RN, Robyn A. Clark PhD, RN, Huiyun Du PhD, RN, (2018). *Effectiveness of an Avatar application for teaching heart*

attack recognition and response: A pragmatic randomized control trial. J Adv Nurs. 2020;76:297–311. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14210>

Apresentação da comunicação livre “As intervenções de enfermagem que possibilitam o autocuidado da pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio”

**Departamento de Enfermagem
Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL**
A evidência científica na intervenção clínica

10 de Novembro de 2022

**AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
QUE POSSIBILITAM O AUTOCUIDADO DA
PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO
MIOCÁRDIO**

Humberto Costa
Lúcia Ferreira
Anabela Mendes (Orientador)

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Teoria do Défice de Autocuidado

A enfermagem como ciência humana cria e utiliza um corpo de conhecimento próprio

Afirma-se como disciplina científica

A Teoria do Défice de Autocuidado é importante na orientação do conhecimento e na prática de enfermagem (Orem, 2001)

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência científica na intervenção clínica

Autocuidado

Conjunto de atividades

favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos,

cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal

(Orem, 2001)

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência científica na intervenção clínica

Pressupostos para autocuidado

- Capacidade de desenvolver conhecimentos e competências
- Componente social, cultural e individual
- Intencionalidade do planeamento das ações de autocuidado

Orem, 1991

Afetado pela literacia em saúde, habilidades e hábitos de autocuidado

Orem, 1993

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência científica na intervenção clínica

EAM é uma das principais causas de morte em Portugal (SNS, 2021)

Possibilitar o autocuidado:

- Considerar as capacidades e conhecimento da pessoa em situação crítica
- Analisar o potencial existente.
- Planear com a pessoa em situação crítica e família

Determinar as necessidades de autocuidado em relação à capacidade da pessoa com EAM para o autocuidado (Orem, 2001):

- Iniciar e manter relacionamento durante o internamento
- Determinar se e como devem receber apoio
- Atender às necessidades, proporcionar e regular a ajuda direta

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEI: A evidência científica na intervenção clínica

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Objetivos:

- Identificar as intervenções de enfermagem que possibilitam o autocuidado da pessoa com EAM;
- Compreender de que modo as intervenções de enfermagem podem subsidiar o exercício de autocuidado, no quotidiano, da pessoa com EAM

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEI: A evidência científica na intervenção clínica

Intervenções de enfermagem com maior eficácia

Dinamização de equipas

- Criação de equipas multiprofissionais para otimizar a assistência ao utente com EAM
- Formação sobre educação em saúde para enfermeiros (grupos de comunicação /contacto com o utente)
 - Inclusão de pessoas com diagnóstico prévio de EAM na criação de equipas para assistência aos utentes após alta clínica
 - Maior cooperação entre Enfermeiros / Médicos
 - Articulação com outro profissionais

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEI: A evidência científica na intervenção clínica

Intervenções de enfermagem com maior eficácia

Comunicação

- Informação clara e oportuna através dos Grupos de comunicação/contacto (Texto; Imagens; Vídeos; Notificações)
- Atividades de educação para a saúde – Palestras
- Fornecimento de documentação educacional escrita em forma de folhetos
 - Programas educacionais com inclusão do cuidador
 - Centros de contacto permanente após a alta clínica
 - Suporte tecnológico com aplicativos interativos, para o domicílio

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEI: A evidência científica na intervenção clínica

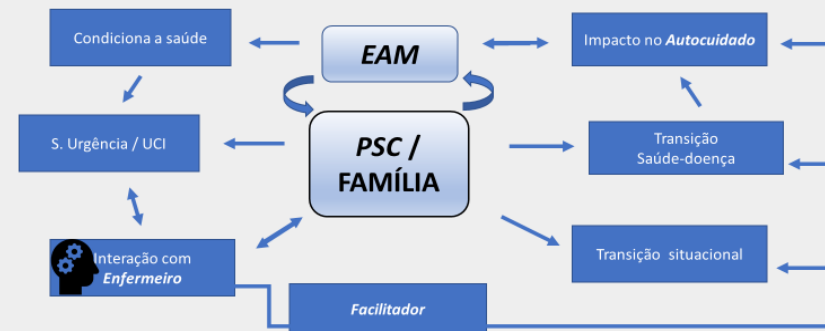
Intervenções de enfermagem

Vantagens

- Possibilitam o autocuidado e potenciar o bem-estar e qualidade de vida
- Menor recorrência aos serviços de urgência
- Ganhos diretos e indiretos nos custos de saúde a nível familiar e global

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESBL: A evidência científica na intervenção clínica

CONCLUSÃO



Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESBL: A evidência científica na intervenção clínica

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perto: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2009). BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. - Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics. 2ª ed. New York: Springer. Disponível em: [Expertise in Nursing Practice, Second Edition: Caring, Clinical Judgment](#) - Google Livros
- Mendes, A., Bastos, F. (2021). O CUIDADO CENTRADO NO CLIENTE: Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem. Quadro de Referência para os Cuidados de Enfermagem. São Paulo: Ed. Lusiadista. ISBN: 978-989-53006-4-0
- OREM, D. (1994). *Modelo de Orem: conceitos de enfermagem na prática*. Barcelona: Masson.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). FUNÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS/SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA. MESA DO COLEGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. PARECER N.º 15 / 2018. https://www.odemefmformos.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-esemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2017). EAM-STEMI Recomendações para o Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio nos Doentes que se apresentam com Elevação do Segmento ST. Comissão para as Recomendações Práticas. <https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/1-EAM-STEMI-2017.pdf>
- Swanson, K (1991) Empirical development of a middle-range theory of caring. *Nursing Research*. 40 (3). 161 - 166.
- Tian, Y.; Ren, H.; Zhu, H.; Wang, X.; Han, X. (2022). Effect of PCI Standardized Telephone Follow-Up Service Mode on Out-of-Hospital Complications, Rehospitalization Rate, and Quality of Life of Discharged Patients with Acute Coronary Syndrome after PCI. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. Article ID 4319887, 7 pages. <https://doi.org/10.1155/2022/4319887>

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESBL: A evidência científica na intervenção clínica

ANEXOS

ANEXO 1

Certificado de participação no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: "A evidência na intervenção clínica", com apresentação da Comunicação Oral intitulada "As Intervenções de Enfermagem que possibilitam o Autocuidado da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio"

ANEXO 1 - Certificado de participação no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: “A evidência na intervenção clínica”, com apresentação da Comunicação Oral intitulada “As Intervenções de Enfermagem que possibilitam o Autocuidado da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio”



ANEXO 2

Certificado de participação como formando no 1º Webinar do Projeto InfFUCI | CIDNUR
"A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem"

ANEXO 2 - Certificado de participação como formando no 1º Webinar do Projeto InfFUCI | CIDNUR “A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem”



ANEXO 3

Certificado de participação como formando no Webinar "Implicações da intervenção de enfermagem à pessoa e família em contexto de doença aguda e crónica

ANEXO 3 - Certificado de participação como formando no Webinar "Implicações da intervenção de enfermagem à pessoa e família em contexto de doença aguda e crónica"



ANEXO 4

Declaração de participação no curso ATCN

ANEXO 4 - Declaração de participação no curso ATCN

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

ATCN³
Advanced Trauma Care for Nurses

Para os devidos efeitos se declara que Humberto Augusto Costa realizou o Curso **Advanced Trauma Care for Nurses - ATCN³**, nos dias 19 e 20 de março de 2022, em Lisboa, com a duração de 25 horas teórico-práticas, tendo obtido a classificação final de 80 /100.

Director do Curso

[Assinatura]
Cristina Duarte

Coordenador do Curso

[Assinatura]
Carla Nascimento